№ 4. WARSZAWA, KWIECIEŃ 1939 ROK XI.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 6.— **Numer pojedyńczy Zł. 1.—**

№ 4. WARSZAWA, KWIECIEŃ 1939 ROK XI.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. ALEKSANDER BRYLIŃSKI.

ZAHAMOWANIE ROZWOJU RAKA W USTROJU LUDZKIM. EMPIRYCZNA METODA LECZENIA.

Jednym z ważniejszych zagadnień w lecznictwie jeszcze nierozstrzygniętym jest kwestia raka.

Środki i zabiegi, jakimi w tych wypadkach medycyna dysponuje, są niedostateczne i zawodne, a często nawet niemożliwe do zastosowania Nie wolno więc ustawać w poszukiwaniach ratunku dla nieszczęśliwych, opanowanych tą straszną chorobą.

Powstanie i rozwój nowotworów w wielu wypadkach nie daje się jeszcze dokładnie wyjaśnić. Przeważa jednak pogląd, że rak może powstać tylko w razie skłonności ustroju do tworzenia tkanki nowotworowej. Skłonność ta zależy od gatunku, rasy, wrodzonego lub nabytego stanu patologicznego, lub też przejściowych stanów chorobowych.

Różne czynniki mogą wywoływać w biochemizmie ustroju zmiany, czyniąc z komórek organizmu podłoże podatne dla rozwoju raka. Może być to energia promienista, długotrwałe podrażnienia mechaniczne, działanie niektórych substancyj chemicznych o układzie pierścieniowym benzoantracenu, a nawet nieprawidłowo sformowane produkty chemizmu życiowego własnego ustroju, jak kwasy żółciowe, hormony płciowe lub inne, zawierające w swojej treści ten sam układ benzoantracenu.

O ile na ustrój, skłonny do wytwarzania tkanki nowotworowej, podziała jakiś nieznany impuls, wówczas w komórkach ustroju powstaje nienormalna, nie dająca się powstrzymać skłonność do mnożenia się i rozrastania w tkankę nowotworową. Dalszy rozrost nowotworu odbywa się już niezależnie od podłoża tak w opanowanych przez chorobę rakową

ustrojach, jak również i w zdrowych, o ile w nie przeszczepi się cząstkę tkanki nowotworowej.

Przeszczepiania obcej cząstki nowotworowej zdrowym zwierzętom wykazały, że szczepienia te, wykonane głębiej pod skórę, a szczególnie w tkankę gruczołową, w przeważającej części wypadków wywołuje w tej okolicy przekształcanie zdrowej tkanki zwierzęcia w tkankę nowotworową. Powstały nowotwór powoduje typową kacheksję rakową oraz śmierć zwierzęcia.

Jeżeli szczepienie będzie wykonane tylko w miąższ skóry i pozostawione następnie samoistnemu zagojeniu, powstający początkowo gruzełek nowotworowy zatrzymuje się w swym rozwoju, przekształca się w zdrową tkankę, a zwierzę zdobywa osobistą odporność na dalsze już dowolne szczepienia nowotworów. Świadczy to, że, działając na skórę zwierzęcia, można w jego organizmie wywołać takie zmiany, które uczynią je odpornym na nowotwory.

Wywołanie na tej drodze odporności ustroju ludzkiego na chorobę rakową, w obecnym stanie wiedzy jest jeszcze nie do pomyślenia.

Gdyby można było znaleźć inny czynnik, wywołujący odporność ustroju na chorobę rakową, sprawa walki z nowotworami byłaby rozstrzygnięta.

W przebiegu choroby rakowej można obserwować okresy intensywniejszego rozrostu, okresy zamierania, następnie ponownej aktywności ogniska rakowego, a nawet znane są, coprawda nieliczne wypadki, zupełnego zahamowania rozwoju nowotworu.

Stwierdzona przez szczepienie nowotworów możliwość sztucznego uodporniania zwierząt i znane zjawiska okresowego, a nawet zupełnego zahamowania rozwoju istniejących nowotworów, upoważniają do przypuszczenia, że wyleczenie z choroby rakowej jest zasadniczo możliwym do osiągnięcia.

Główne wysiłki obecnych metod leczenia nowotworów mają przede wszystkim na względzie zniszczenie ogniska rakowego (nóż, rad, promienie Roentgena), nie zaś uodpornienie tkanek ustroju na chorobę rakową. Może w tym leży brak wyników pozytywnych w walce z tą straszną chorobą.

Stwierdzenie w początkowym okresie istnienia sprawy nowotworowej jest bardzo utrudnione. Znane wypadki wyleczenia chorych podejrzanych o chorobę rakową, tłumaczone bywają nieprawidłową diagnozą. Gdy zwykle stosowane w okresach początkowych leczenie objawowe nie daje rezultatów, chorzy zostają skierowani do specjalnych instytutów dla ścisłej diagnozy i dalszej specyficznej kuracji.

Gdy zaś zabiegi chirurgiczne, naświetlania rentgenowskie lub rad zawodzą, chorzy z diagnozą już niewątpliwą, lecz w stanie beznadziejnym,

powracają do prywatnego gabinetu lekarza, tym razem przeważnie już z prośbą o środki narkotyczne dla uśmierzenia nieznośnych bólów, towarzyszących ich cierpieniu. Trudną jest sytuacja lekarza, mającego w swojej opiece takich chorych, jeżeli chce im przynieść rzeczywistą pomoc.

W mojej osobistej praktyce, mając do czynienia z takimi wypadkami, szukałem ratunku w empirii wśród ziół ludowych. Zbieg okoliczności skierował uwagę moją na Hypericum Perforatum L., środek roślinny od niepamiętnych czasów bardzo rozpowszechniony w ludowym lecznictwie. Już w annałach klasztornych, jako składnicy dawnej wiedzy medycznej o Dziurawcu — Hypericum — leku ponad inne leki — znajdujemy określenie „Cur muriatum homo dum Hypericum crescit in horto".

Stosując przy przewlekłych nieżytach żołądka stale Dziurawiec — otrzymywałem zawsze bardzo dobre wyniki. Prócz tego, u chorych bardzo wyniszczonych, u których prócz nieżytu żołądka ze względu na dające się wyczuć na krzywiźnie małej dość duże i bolesne stwardnienia, można było podejrzewać obecność nowotworu, mogłem stwierdzić, że pod wpływem Hypericum perforatum L. i odpowiedniej diety owe stwardnienia i silne bóle żołądka szybko ustępowały i chorzy wracali do zdrowia.

Zachęcony dodatnimi wynikami w przypadkach podejrzanych na raka żołądka, zacząłem stosować Hypericum perforatum L. i w niewątpliwych, histologicznie stwierdzonych.

Mając również dobre rezultaty, postanowiłem ordynować Dziurawiec we wszystkich przypadkach nowotworów złośliwych — niezależnie od ich umiejscowienia. I w tych wypadkach Dziurawiec nie zawiódł i likwidował niewątpliwie złośliwe nowotwory.

Jeśli zahamowanie nowotworu wywołane Dziurawcem następowało w początku choroby, to ognisko nowotworowe resorbowało się. Jeżeli zaś rozwój nowotworu był zahamowany w stadium późniejszym, to pozostawały zneutralizowane skupienia komórek, jako wygasająca formacja rakowa.

W swojej praktyce stosowałem zawsze Dziurawiec w postaci soku ze świeżej kwitnącej rośliny, *koloru krwisto-czerwonego,* przyrządzonego według metody mgr. Czesława Fink-Finowickiego, jako Succus Hyperici FF wyrobu Laboratorium „Dharma", Warszawa — Mazowiecka 10. Uzyskane dodatnie wyniki przypisuję w dużej mierze właściwościom tego preparatu.

Wychodząc z założenia, że wszelkie spostrzeżenia o leczeniu raka, tej plagi ludzkości, winny być podawane do wiadomości ogółu lekarzy, podaję poniżej opis kilku przypadków o chorych, którzy po odbytej z wynikiem ujemnym kuracji szpitalnej przeciwrakowej, w stanie rozpaczliwym zwrócili się do mnie i po zastosowaniu succus Hyperici FF powrócili do zdrowia.

Obserwacja 1.

Carcinoma Ventriculi.

Chory lat 66 p. M., z rozpoznaniem ulcus carcinoma ventriculi, przebywał przeszło rok w szpitalu w Lozannie. Po dłuższej tam obserwacji, prof. Roux zdecydował się dokonać u chorego zabieg „Gastroenterostomia transmesocolique“ w nadziei, że w ten sposób uzyska wygojenie ranki, o ile takowa jest nieskomplikowana innym schorzeniem.

Przypuszczenie to zawiodło, gdyż stan chorego pogarszał się. Wysunięto przypuszczenie, że przyczyną jest nowotwór złośliwy i zalecono powtórną operację.

Chory nie zgodził się na nią i powrócił do domu na Wołyń, pod opieką prof. Burnier, który miał pozostać dłużej, by móc przekazać mi chorego.

Tymczasem zaś zalecono dla uspokojenia bóli stosowanie narkotyków. Pacjent przyjechał w maju 1936 r. w jaknajgorszym stanie zdrowia. Bóle w okolicy żołądka nie opuszczały go prawie przez całą dobę. Uskarżał się także na ucisk w dołku podsercowym, na częste odbijanie się, uczucie wzdęcia i bardzo powolne trawienie.

Po każdym jedzeniu uczuwał uderzenie krwi do głowy, wywołujące nieprzyjemne i niepokojące wrażenia pulsacji w uszach.

Wkrótce dołączyły się zaparcia bardzo uporczywe, natury skurczowej oraz nieokreślone bóle trzew., czego chory obawiał się w najwyższym stopniu. Moczu wydzielał mało.

Przystępując do leczenia tak ciężko chorego człowieka nakreśliłem następujący plan:

1) odzwyczajenie od narkotyków,

2) jeżeli to możliwe, poprawa stanu odżywiania, oraz

3) poprawienie biochemiczne w taki sposób, by wzmocnić odporność ustroju przeciwko chorobie rakowej.

Wówczas postanowiłem zastosować, znany mi już z praktyki Dziurawiec, środek empirycznie zalecany w ludowej medycynie, jako ogólne panaceum od wszelakich bólów wewnętrznych, usuwający zarazem przyczynę wywołującą te bóle.

Zaordynowałem Succus Hyperici modo noto preparat (FF), którego dobroczynny wpływ leczniczy na cierpienia żołądkowe opisałem dość szczegółowo (Therapia Nova Nr. 10, 1936 r. „Przewlekłe nieżyty żołądka, a Dziurawiec“)

Dawałem choremu w sześciogodzinnych odstępach na kwadrans przed głównymi posiłkami łyżeczkę soku Dziurawca w kieliszku wody trzy razy dziennie.

W pierwszych czterech dniach kuracji, posiłkami tymi była słodka surowa (witaminy) śmietanka, jaką używają do mlecznej kawy (15% tłuszczu) w ilości do pół litra trzy razy dziennie.

Ta śmietankowa dieta możliwa wobec stanu chorego (Gastroenterostomia) odżywiała go należycie. (2700 kalorii na dobę) sprzyjając jednocześnie przesuwaniu się pokarmów do jelita i oczyszczając, jak żadne inne przemywania, vacuum żołądka od pozostałości pokarmowych. Śmietanka spowodowała też większą diurezę (Carell).

Aby otrzymać codziennie opróżnienie, poleciłem pacjentowi wypijać raz na dobę pół do całej szklanki gorzkiej wody, która prócz tego neutralizuje zbytnią kwasotę żołądka.

Po zachowaniu przez cztery dni ścisłej diety śmietankowej, można było zacząć stosować inne potrawy, odpowiednie do trawiennych soków chorego, więc białko, tłuszcz, cukier, a w miarę polepszenia trawienia stopniowo węglowodany, nie przestając dawać trzy razy dziennie po pół litra śmietanki.

Pod wpływem diety i soku dziurawca chory stopniowo przychodził do zdrowia.

Charakterystycznym jest, że zjawiła się niespodziewana sensacja po każdym wzięciu do ust soku Dziurawca, gdyż następował jak gdyby insult elektryczny w całym organiźmie podobny do tego, jaki powstaje w chwili dotknięcia kropli nitrogliceryny.

Podobne działanie Dziurawca opisał Dr. Carl Heinigke (Lipsk, 1922 „Handbuch der Homeopatischen Arzneiwirkungslehre").

Zjawisko to wyraźnie występowało w początkach kuracji, gdy zespół wegetatywnych nerwów był bardziej chorobliwie zmieniony.

Wnioskować z tego należy, że sok dziurawca działa przede wszystkim na zespół roślinny. To wybiórcze działanie dziurawca na nerwy tłumaczy się poniekąd zmniejszeniem wrażliwości ich na narkotyki.

Prof. Burnier, którego bytność trzytygodniowa miała się ku końcowi, widząc, ze zdziwieniem poprawę zdrowia chorego, wyjechał do Lozanny, wziąwszy ze sobą większą ilość soku Dziurawca (Succus Hyperici FF). Zdziwił go leczniczy wpływ, empirycznie zastosowanego Dziurawca, działającego potęgą swych składników nieznanych dotychczas ani fizjologicznie, ani farmakologicznie.

Jeżeli uprzytomnimy sobie znaczenie wegetatywnych nerwów życia protoplazmy komórkowej, to jasno rozumiemy niezmiernie ważny wpływ dziurawca dla całego ustroju.

Chory w dalszym ciągu pił Dziurawiec. Bóle w brzuchu ustały. Po przeszło 2 i pół miesięcznym stosowaniu soku Dziurawca apetyt i trawienie znacznie się poprawiły. Wszystko mógł jeść, bóle żołądkowe odczuwał rzadko i tylko lekkie, zwykle po obfitszym posiłku. Narkotyki stosowano rzadziej i to raczej w zależności od stanu psychicznego.

Reasumując powyższe, przypadek ten przedstawić mogę jak następuje: Chory, z diagnozą „Rak odźwiernika i jego okolic“, po dokonanej operacji gastro — enterostomii jako indicatio vitalis w danym przypadku i następnie po empirycznie przeprowadzonej kuracji Dziurawcem — tak znacznie się poprawił, że można go było uważać klinicznie za zdrowego.

Obserwacja 2.

Zahamowany rozwój guza in statu nascendi pod wpływem Succus Hyperici.

W czerwcu 1936 r. wezwano mnie do chorej p. M. R. lat 68, którą dawniej miałem w swojej opiece lekarskiej.

Chora, nieco otyła, cierpiała oddawna na częste nieżyty oskrzeli o charakterze asmatycznym, co przy niewielkiej rozedmie płuc powodowało ataki duszności, ustępujące po zastosowaniu odpowiednich środków leczniczych. Organa wewnętrzne, jak serce, wątroba, nerki, względnie normalne.

Obecnie jej niedomagania przedstawiają się jak następuje: od trzech dni oddech astmatyczny nagle ustąpił. Powstały zaburzenia wzrokowe; chora zaczęła podwójnie widzieć. Nogi odmówiły posłuszeństwa, pojawiły się zaś równocześnie, powierzchowne, przelatujące, szczególnie dokuczliwe w stopach bóle nerwowe. Ręce poczęły drętwieć. Pod prawą dolną szczęką od kilku dni powiększył się gruczoł chłonny. Chora początkowo masowała go, lecz po paru dniach zaprzestała, gdyż zaróżowił się i sprawiał bóle. Zaczerwienienia gardła jednak nie było, i chora przełykała swobodnie. Czuła się źle. Apetyt straciła zupełnie.

Wobec tych objawów pochodzenia mózgowo - rdzeniowego, jak również zaakcentowanego cierpienia rdzenia przedłużonego, (patologiczny stan powrozków rdzeniowych, rozproszone po całym ciele bóle), odwieziono chorą do Sanatorium Św. Józefa, gdzie wykonane zdjęcie czaszki wykazało nieznaczne patalogiczne odwapnienie w okolicach siodełka tureckiego.

Na podstawie objawów klinicznych oraz zmian w siodełku tureckim rozpoznano guz rozwijający się w tej okolicy.

Naświetlenie odnośnej części czaszki spowodowało szereg przykrych objawów. Każde naświetlanie chora odczuwała jako ciężki wstrząs całego ustroju, bóle głowy potęgowały się, a oprócz tego zwiększał się bezwład dolnych kończyn, wzmagało się drętwienie rąk i wzrok pogarszał się. Zaczęła z trudnością połykać, tak, że trzeba było poprzestać na odżywianiu płynami. Gdy zaś do wszystkich tych dolegliwości dołączyła się jeszcze biegunka z temperaturą do 40°, stan chorej stał się rozpaczliwym.

Po paru naświetleniach Roentgena zaniechano dalszej kuracji i chora powróciła do domu.

Zaordynowałem wówczas sok Dziurawca Succus Hyperici FF, po łyżeczce herbacianej 3 razy dziennie w 6-cio godzinnych odstępach W tym ciężkim przypadku Dziurawiec również nie zawiódł. Stopniowo i nieznacznie ustąpiły bóle powrózkowe i bezwład w nogach.

Po 4 tygodniach zażywania Dziurawca stan chorej zupełnie się poprawił. Ruchy w rękach i nogach powróciły prawie do normalnego stanu. Wzrok zaczął się koncentrować pojedyńczo na przedmiotach.

Godnym zaznaczenia jest, że natychmiast po każdej dawce Dziurawca chora odczuwała jakby iskrę przelatującą błyskawicznie przez cały ustrój. Podobny objaw zauważyłem już dawniej. Jest to chyba właściwością odruchowego działania soku tej rośliny na rozgałęzienie nerwów wegetatywnych.

Zastanawiając się nad fizjologicznym wpływem soku Dziurawca, można przypuścić, że w miarę przesycania protoplazmy ustroju sokiem Dziurawca, wytwarza się w ustroju chemiczno-biologiczna przemiana, nieodpowiednia dla rozwoju nowotworu.

Albowiem już po 4 tygodniach stosowania soku Dziurawca, zauważyłem wyraźną poprawę.

Obecnie chora kontynuje tę kurację, czując się zupełnie dobrze.

Astmatyczny stan wraca stopniowo, w czym chora widzi powrót do dawniejszego zwykłego samopoczucia.

Napęczniały i bolejący gruczoł pod szczęką zbyt czerwony przy rozpoczęcia kuracji Dziurawcem uległ regresywnym zmianom i dziś zaledwie jest wyczuwalny, niebolesny.

W tym przypadku najwyraźniej można wyciągnąć wniosek, że pod wpływem dziurawca nastąpiło nie tylko zahamowanie rozwoju, ale zupełne zniknięcie guza.

Obserwacja 3.

Carcinoma uteri z przerzutami.

Chora p. G. — 63 lata. Prawidłowe porody 2 razy, poronień pięć, przeważnie sztucznie wywołanych — i kilka skrobań macicy.

Przyjąłem pod swoją obserwację po zabraniu chorej przez rodzinę z Instytutu Marii Curie Skłodowskiej.

W dniach 21.VIII, 22, 24, 25, 28, do 29 sierpnia był zakładany Rad do pochwy (korki), bez gorączki, 30.VIII miało być robione rozszerzenie macicy i zakładanie do macicy sondy (rad) przez pięć dni.

Wobec tego jednak, że 30.VIII. gorączka podniosła się i nie miała tendencji zniżkowej, zdecydowano radu więcej nie stosować, a 31.VIII., rozpoczęto naświetlanie Roentgenem.

Dało się jednak tylko zrobić piętnaście godzin z przerwami, nastąpił bowiem obrzęk nogi. Była obawa skrzepu. Porobiły się rany w pachwi-

nach, które leczono krótkofalowymi naświetleniami, począwszy od 5 minut, ogółem jedna godzina i 40 minut.

Naświetlania te, jak również i Roentgen bardzo źle działały na system nerwowy chorej.

Cierpienia hemoroidalne, na które chora już dawniej się uskarżała, znacznie się pogorszyły.

Ogólny stan chorej, stał się tak ciężki, że zdecydowano ją zabrać do domu.

W tym stadium choroby oglądałem chorą.

Stwierdziłem z powodu macicznych krowotoków, które wciąż niespodziewanie się pojawiały, bardzo znaczną anemię. Wyczerpanie mięśnia sercowego było bardzo wielkie.

Bóle podbrzuszne nie do zniesienia.

Zastosowałem wówczas sok Dziurawca (FF) dając go 3 razy dziennie po łyżeczcce od herbaty co 6 godzin, a jako odżywianie — słodką śmietankę łykami, kaszkę i jaja na miękko wraz z masłem. Oprócz Dziurawca zaleciłem chorej olej parafinowy do wewnątrz oraz miejscowo na rany w pachwinach i w odbytnicy tran i maść cynkową. Wkrótce wytworzyła się przetoka odbytniczo-pochwowa. Wobec tego, by możliwie jak najprędzej przesycić chore tkanki czynnymi substancjami tego soku, zastosowałem i zewnętrznie na rany olej z dziurawca.

Pod wpływem systematycznego i konsekwentnego leczenia Dziurawcem stan chorej stopniowo zaczął się poprawiać, rany zagoiły się, pozostała tylko maleńka przetoka odbytniczo - pochwowa.

Spostrzeżenia powyższe wskazują, iż nawet w bardzo ciężkich przypadkach choroby rakowej Dziurawiec oddaje znaczne usługi choremu.

Obserwacja 4.

Carcinoma Uteri et Ovarii Dextra.

U chorej lat 30 pojawiają się pierwsze objawy choroby, brak apetytu, uczucie zmęczenia, chudnięcie.

W tymże roku w kwietniu pierwszy atak, podobny do wątrobianego. Po 2 godzinach atak minął, samopoczucie poprawiło się. Po trzech tygodniach drugi atak, odtąd choroba.

W szpitalu stwierdzono guz o cechach torbieli. Dokonano operacji, wycięto guz, który był wielokształtny i wielokomorowy, jakoby złośliwy. Stan zdrowia beznadziejny z powodu zrostów wielkich guza w jamie brzusznej, oraz głębokich cięć.

Po trzech miesiącach chorą wypisano ze szpitala z przetoką w podbrzuszu, z której sączyła się ropa, pozostawiono w brzuchu resztki guza, których nie można usunąć nożem chirurgicznym. Zalecono stosować promienie X. W Instytucie Radowym lekarze zaordynowali 20 naświetlań,

z których każde trwało około godziny. Po 15 godzinach naświetlań, pogorszenie. Lekarz przerwał naświetlania wskutek gorączki, która wahała się od 38 do 39 stopni, a nawet 2 razy po 40^0.

Wobec tak poważnych powikłań wskutek naświetlania Roentgenem, kurację przerwano.

Chora zwróciła się do mnie, zaleciłem jej trzy razy dziennie po łyżeczce soku z Dziurawca.

W pierwszych dniach zażywania soku — poprawy żadnej. Po upływie dni 8 — 9 pierwsze objawy działania soku Dziurawca. Zjawił się sen, który trwał 2 dni i dwie noce bezustanku.

Po upływie około dwóch tygodni zażywania Dziurawca wystąpiły poty i ból głowy. Wśród tych objawów nastąpiło wypróżnienie w bardzo wielkiej ilości. Tak było przez trzy dni, po czym ustąpiły dolegliwości żołądka i jamy brzusznej.

Teraz stan zdrowia poprawia się z dnia na dzień bardzo szybko.

Po dwóch miesiącach kuracji Dziurawcem samopoczucie dobre, i ilość wydzielanej ropy jak i sama ranka wyraźnie zmniejszyła się.

Obserwacja 5.

W styczniu 1934 roku operacja z powodu guza lewej piersi, który okazał się rakiem. Operacja była radykalna, zostały usunięte gruczoły pachowe.

Po 2 latach, na miejscu operacji wystąpiła recydywa i trzeba było poddać się powtórnej operacji, która była bardzo ciężka. W parę miesięcy wystąpił guz w prawej piersi. Zaproponowano trzecią operację, na którą chora nie zgodziła się. Wtedy zastosowano promienie Roentgena, przez 4½ miesiąca, co wywołało ciężkie zatrucie całego organizmu i doprowadziło do stanu niemal beznadziejnego.

Chora nieprzytomna, leżała bezwładnie, nie przyjmując pokarmów.

Taki stan trwał około tygodnia. Potem zaczęła się powolna poprawa.

Po paru miesięcznej przerwie rozpoczęto kurację radową, która nie dała żadnego wyniku. Zaproponowano dalszą kurację w Instytucie Radowym, na którą chora zgodzić się nie chciała.

U chorej zastosowałem sok Dziurawca (F.F.) w ilości trzech łyżeczek herbacianych dziennie. Pod wpływem tego leczenia guzy nie uległy zmianie, skóra nad nimi przybrała mocne zabarwienie brunatne. W dalszym ciągu nie zwiększają się one wcale, a stan zdrowia chorej i samopoczucie wybitnie się poprawia.

Waga od października do maja wzrosła o 4 kg. Sen lepszy.

Rozpatrując z największą uwagą opisane wyżej obserwacje i wnikając w ich szczegóły, ośmielę się wysnuć wniosek, że Dziurawiec, stoso-

wany dostatecznie długo przy chorobie rakowej wpływa fizjologicznie uodparniająco na normalne i uzdrawiająco na chorobliwie zmienione komórki organizmu i wprowadza w ustroju chorego tak zasadnicze zmiany, że czyni go niepodatnym dla rozwoju raka. Pod wpływem Dziurawca w organizmach opanowanych chorobą rakową powstają trwałe procesy regresywne, następuje zmniejszenie bólów, poprawa samopoczucia i wyglądu chorego, zmniejszają się ogniska rakowe i stan zapalny gruczołów. Przy nowotworach otwartych następuje zmniejszenie wydzielin i gojenie się ran.

Na jakiej drodze działa Dziurawiec — czy przez swój specyficzny wpływ tonizujący i uspokajający na wegetatywny system nerwowy, czy przez wazomotory, regulujące dopływ odżywczych soków do protoplazmy zdrowych i chorobliwie zmienionych komórek ustroju, czy przez wazomotory centralne, czy obwodowe , czy przez uzdrowienie miąższu wątrobowego, a tym samym usprawnienie jego czynności odtruwających organizm, czy działa jednocześnie w kilku kierunkach — wniosek pozostaje otwarty. Nie ulega jednak wątpliwości, że stan zdrowia chorych po zastosowaniu Succus Hyperici FF ulega w krótkim czasie wyraźnej poprawie, a przy dłuższym stosowaniu go chorzy, traktowani poprzednio jako beznadziejni, powracają do zupełnego zdrowia.

Według mojego przekonania, punktem zaczepnym w uzdrawiającym działaniu Dziurawca na organizmy opanowane chorobą rakową, są fotodynamiczne własności czerwonego barwika — Hyperycyny — zawartej w Dziurawcu, która uczula organizm na działanie długofalistych promieni świetlnych. Przy nasyceniu organizmu substancjami czynnymi Dziurawca, organizm reaguje na promienie czerwone i żółte, które w zwykłych warunkach są biologicznie nieczynne.

Że to działanie uczulające organizm jest nie bez znaczenia, może służyć fakt, że zwierzęta, pozostające po zjedzeniu Dziurawca na łące, t.j. narażone na bezpośrednie działanie promieni świetlnych, dostają specjalnego rodzaju porażenia słonecznego z objawami szoku anafilaktycznego. gdy te same zwierzęta pozostające w .oborze są zupełnie zdrowe.

Rzecz oczywista, że stosowanie Dziurawca nie wyklucza innych ogólnych lub specjalnych metod leczenia. Tak zabiegi chirurgiczne przez usunięcie ogniska rakowego, jak i naświetlania radem lub promieniami Roentgena, przez przyśpieszenie resorbcji nowotworu, ułatwiają organizmowi walkę z opanowującą go chorobą rakową.

Dopóki jednak komórki ustroju są podatne na przekształcanie się w tkankę nowotworową, chorzy nie są w stanie zwalczyć istniejącego nowotworu jak i nie są zabezpieczeni przed powstaniem lub przerzutami, atakującymi nieraz ważne centra życiowe. I tu działanie przeciwrakowe Dziurawca jest nie do zastąpienia.

Ponieważ Dziurawiec jest środkiem zupełnie nieszkodliwym, a daje dodatnie wyniki przy leczeniu choroby rakowej, schorzeniach miąższu wątrobowego i funkcjonalnych lub rzeczywistych nieżytach żołądka, a więc dodatnio wpływa na ogólny stan zdrowia, należy go zawsze stosować ilekroć powstaje podejrzenie podatności organizmu na chorobę rakową.

Dr. P. HERYNG

LECZENIE ZAPALENIA PŁATOWEGO PŁUC.

Jest rzeczą ogólnie przyjętą, że w zapaleniu płatowym płuc stosuje się przede wszystkim leczenie *objawowe*. A więc podwyższoną *ciepłota i ból* zwalcza się środkami o łącznych własnościach przeciwgorączkowych i przeciwbólowych jak: aspiryna, antypiryna, piramidon, związki salicylowe. Szereg autorów, jak *Couvy, Pokroff, Meyer* i inni, podają tylko salicylan sodu dożylnie w ilości 1 gr. na dawkę dwa razy dziennie. W celu zwalczania bólu, Anglicy chętne stosują morfinę w ilości 0,01 na dawkę. Dobrze też uśmierza bóle miejscowe ciepło w postaci okładów z siemienia lnianego, gorczycy i t. p. Również bańki mają wybitne działanie przeciwbólowe przez wywołanie przekrwienia miejscowego.

Leczenie *kaszlu* zależy od jego pochodzenia. Najczęściej chodzi o rozcieńczenie plwociny i o uspokojenie suchego, męczącego kaszlu — zalecamy wtedy połączenia z następujących leków: Radix senegae, Natrium benzoicum, Ammonium chloratum, Natrium bicarbonicum, Liquor ammonii anisati, Radix ipecacuanhae. W obecności kaszlu skórczowego dobrze działają Efedryna i Atropina. Zaparcie stolca zwalcza się najlepiej lawatywą z oliwy.

Przeciw *bezsenności* podaje się wodan chloralu (1,0 — 1,5) preparaty barbiturowe, brom i t. p. Dobrym środkiem okazał się Calcibronat (Brocalcin), gdzie własności przeciwwysiękowe i przeciwzapalne wapnia, łączą się z uspakajającym działaniem bromu. W niedomodze krążenia *obwodowego* (przyśpieszenie tętna, ziemista cera, lepki pot, spadek temperatury) najlepiej działają: Cardiazol, Coramina, Corpiryna, Stiminol — środki pobudzające ośrodki oddechowe i krążeniowe, oraz kofeina, kamfora, strychnina, pituitryna, sympatol, adrenalina. Połączenia niektórych z tych środków jak Calcium-koramina, Cardiazol-efedryna, Cardiazol-dicodid, Cardiazol-chinin, Corpirin-calcium (tabletki), znalazły, dzięki skutecznemu ich działaniu, szerokie zastosowanie już w pierwszym dniu choroby.

W *osłabieniu* serca wskazana jest naparstnica i często strofantyna. Naparstnica jest bezsprzecznie skutecznym środkiem w leczeniu zapalenia płuc. Jednak szereg autorów obawia się jej zastosowania w tym schorzeniu, gdyż spostrzegano objawy toksyczne. Otóż doświadczenia wykazały, że objawy te są wynikiem *nieodpowiedniego* dawkowania leku. Stosowane bowiem na ogół dawki są zbyt duże wobec małej tolerancji na naparstnicę, właściwej chorym na zapalenie płuc. I rzeczywiście, w przebiegu zapalenia płuc wytwory rozpadu białkowego *uczulają* ustrój na naparstnicę tak, że w tych warunkach zwykłe dawki naparstnicy (Infusum ex 1,0 — 200,0) są zbyt wielkie i mogą właśnie wywołać objawy toksyczne. Skuteczne są natomiast małe dawki, dostosowane do stanu uczulenia ustroju, — Infusum 0,2 — 200,0, 3 razy dziennie po łyżce stołowej. Praktyka wykazała, że takie małe dawki naparstnicy w połączeniu naprzykład z wapniem dają doskonałe wyniki nawet w przypadkach przebiegających z ostrą niedomogą serca. Naparstnica zmniejsza zastój w krążeniu małym i polepsza procesy utleniania w płucach.

Przy silnej *sinicy i dusznicy* w zapaleniu płuc podaje się *tlen*. Stosowanie tlenu w tym schorzeniu zyskuje coraz liczniejszych zwolenników, gdyż ogólnie przyjmuje się obecnie, że groźne objawy w przebiegu zapalenia płuc zależą w równym stopniu od toksemii jak i od anoksemii. W sinicy i niedomodze prawej komory robi się często *upust krwi*, lub stawia się cięte bańki w celu zmniejszenia zastoiny w krążeniu małym. Eksztein robi nawet arteriotomię arteriae radialis w wypadku ciężkiego zapalenia płuc.

Wartość odosobnienia chorego, przewietrzania pokoju, odpowiedniej pielęgnacji i odżywiania jest jeszcze dotychczas niedoceniana. Za pomocą należytego przewietrzania osiągamy pokrycie nadmiernego zapotrzebowania tlenu i zwiększone wydalenie CO_2, chorzy są tu wtedy spokojniejsi, śpią lepiej i kaszlą mniej. Powietrze w pokoju musi posiadać pewien stopień wilgotności. Stwarza się to przy pomocy rozpylania płynów, zawieszania mokrych prześcieradeł i t. p.

Odżywianie w ostrych chorobach gorączkowych jest zupełnie lekceważone. *Pemberton* dowiódł, że ustrój gorączkujący znosi niedostateczne odżywianie znacznie gorzej niż zdrowy. W gorączce stwierdza się utratę wody, tendencję do kwasicy, zwiększenie przemiany materii i powiększenie rozpadu białka, zmniejszenie się ilości witamin, których rola w przemianie materii i procesach zakaźnych jest jak wiadomo olbrzymia. Celem wyrównania tych strat chory, gorączkujący musi dostawać pożywienie odpowiednie pod względem kalorycznym, jednak nieduże objętościowo. Podaje się węglowodany, pokarmy alkalizujące, witaminy. A więc zupy jarzynowe i owocowe, ryż, makaron, masło, jaja, śmietanka, kompoty, konfitury, soki owocowe, lemioniady, cytryny (witamina C), oraz duże ilości bardzo słodzonych płynów.

Powiedzieliśmy wyżej, że leczenie zapalenia płuc jest przede wszystkim objawowe. Nigdy jednak nie brakło wysiłków ze strony licznych autorów, zmierzających do ugruntowania skutecznej terapii przyczynowej. O tej właśnie terapii pomówimy teraz.

Leczenie przyczynowe zapalenia płuc.

A. Chinina.

Najbardziej wartościowym lekiem przyczynowym w leczeniu zapalenia płuc jest chinina i jej pochodne. Chinina wprowadzona do lecznictwa zapalenia płuc przez *Aufrechta* wywiera swoiste działanie przeciwpneumokowe, co ujawnia się w zapaleniu płuc rychłym spadkiem ciepłoty, oraz polepszeniem stanu ogólnego. Chininę stosować należy przez pierwsze trzy dni choroby, gdyż jedynie w razie *wczesnego* stosowania spodziewać się można wydatnego skutku leczniczego. Chininę podaje się doustnie w dawkach 0,2 — 0,3 trzy razy dziennie w połączeniu z piramidonem, kofeiną, naparstnicą i t. d. Właściwe prace nad chininą, a szczególnie nad jej pochodnymi zawdzięczamy *Morgenrothowi.* Autor ten w roku 1912 wykazał razem z *Rozenthalem,* że pochodna chininy, optochina, wprowadzona przez nich do lecznictwa zapalenia płuc, ma wybiórcze działanie bakteriobójcze przeciwko pneumokom. Wykazali oni, co następnie zostało jeszcze lepiej zbadane przez *Browninga, Abrahamsa i Cohena* w roku 1922, że myszy ,którym podano przedtem optochinę, nie zapadają na zapalenie płuc po wstrzyknięciu pneumokoków.

Optochina okazała się bardzo skuteczna w przebiegu zakażenia pneumokokowego. Daje ona jednak czasami objawy uboczne, zależne od uszkodzenia nerwu wzrokowego. Dlatega też w czasie podawania optochiny, chory musi dostawać tylko dietę mleczną, która przeciwdziała szybkiemu wchłanianiu się tego środka. Optochinum basicum w ilości 0,05 — 0,1 podaje się doustnie 3 razy dziennie już w pierwszym dniu choroby.

Obecnie stosuje się cały, szereg innych pochodnych chininy, wprowadzając je drogą domięśniową i to we wczesnym okresie choroby. Do tych pochodnych należy połączenie chininum basicum z kamforą w olejku eterycznym. Poza tym jest to środek przeciwzapalny, podrażniający układ siateczkowo-śródbłonkowy. *Libman* dowiódł, że kamfora ma działanie bakteriobójcze na pneumokoki, pozatem rozszerza naczynia płucne. Połączenie to wchłania się powoli z mięśni do krwi, nasyca osocze, a przede wszystkim płuca. W przeciwieństwie do ogólnie przyjętej opinii stosowania chininy i jej pochodnych tylko w początkowych okresach choroby, *Eimer* twierdzi, że najwłaściwszym terenem dla stosowania tych związków są przypadki zapaleń płuc płatowego z przewlekającą się rezolucją, oraz przypadki nawrotowych zapaleń płuc odoskrzelowych.

Zalecany obecnie w zapaleniu płuc preparat Chinin-Calcium (10

cm domięśniowo, 1, 2 razy dziennie) ma wybitnie skracać przebieg choroby (Haberkorn, Schuntz).

B. Związki sulfamidowe.

Wiadomo, że do ostatnich 3 lat chemoterapia zakażeń drobnoustrojowych za nielicznymi wyjątkami, prawie że nie istniała. W roku 1935 *Domagk* ogłosił swoje słynne a tak bogate w następstwa prace o związkach sulfamidowych. Związki te miały działać bakteriobójczo na paciorkowce. Natychmiast po ogłoszeniu tych prac wszystkie pracownie chemiczne świata zaczęły badać działanie związków sulfamidowych, których liczne pochodne rzucono na rynek. Stwierdzono bowiem, że ciała te działają też na inne drobnoustroje jak gonokoki, pneumokoki, pałeczki duru, zarazek influenzy i t. d., że zaczęto je stosować we wszystkich chorobach zakaźnych, myśląc że odkryto nareszcie grupę środków wszechpotężnych. Spostrzeżono jednak prędko, że preparaty te najlepiej działają w zapaleniach paciorkowcowych, rzadziej jednak skutkują w innych infekcjach. Z drugiej strony zauważono, że preparaty sulfamidowe dają cały szereg objawów ubocznych, toksycznych jak osłabienie, ogólne łamanie, bóle głowy, szum w uszach, uczucie dławienia, nudności, wymioty, bóle brzucha, niedomoga wątroby, żółtaczka, białkomocz, a przede wszystkim *sinicę.* (Pierścień benzenowy, zawarty w sulfamidzie uszkadza układ krwionośny, wywołując sulfhemoglobinemię). Poza tym stwierdza się też objawy skórne — swędzenie, uczulenie na światło. Czasami — objawy nerwowe, podwyższenie ciepłoty, anemia. Preparaty sulfamidowe należy więc podawać w małych dawkach w ciągu tylko kilku dni, a w razie wystąpienia wyżej wspomnianych objawów ubocznych należy lek odstawić.

Wobec powyższego wysiłki chemików poszły w dwóch kierunkach: 1-o. Stworzenia związków sulfamidowych mających działanie wybiórcze na dany drobnoustrój, (każdy drobnoustrój wymaga swojego preparatu sulfamidowego). 2-o. Zmniejszenie toksyczności preparatów w celu uniknięcia wystąpienia objawów ubocznych.

Otóż w ostatnich dwóch latach chemikom udało się stworzyć szereg nowych związków sulfamidowych, które wykazują, w parównaniu z dotąd stosowanymi ciałami tej grupy, pewne ważne zalety jak: mała toksyczność, działanie wieloważne skierowane przeciw rozmaitym zarazkom, wreszcie specjalne powinowactwo względem niektórych drobnoustrojów. Zalety ma posiadać środek nowy zwany 693, czyli alfa p-aminofenyl-sulfamido-pirydyna, którego działanie lecznicze szczególnie jaskrawo się objawia w zakażeniach pneumokokowych i gonokokowych.

Ewand i *Gaisbord* na 200 chorych z zapaleniem płuc, 100 leczyli preparatem 693. Śmiertelność w tej grupie wynosiła tylko 8%. Autorzy ci podawali w ciągu pierwszej doby do 9 gr. leku nie obserwując żadnych

objawów poza sinicą. Dla zapobieżenia kwasicy podają oni dwuwęglan sodu. Leki oraz pokarmy zawierające siarkę siarczan magnezu i sodu, (jaja, maści siarkowe, fenacetyna itp.) są, podczas leczenia związkami sulfamidowymi stanowczo *przeciwskazane* (niebezpieczeństwo sulfhemoglobinemii). Chemoterapia związkami sulfamidowymi w leczeniu chorób zakaźnych, a między innymi zapalenia płuc, ma bardzo bogatą przyszłość.

C. Surowice przeciwpneumokokowe.

Leczenie surowicą zapalenia płuc nie jest nowością. Niemal od pierwszej chwili odkrycia i zastosowania surowic (rok 1891) starano się otrzymać surowicę przeciwpneumokokową i zastosować ją w ostrych pneumopatiach. Liczne jednak próby z surowicą pneumokokową instytutu Pasteura okazały się bezwartościowe.

Niepowodzenie ze surowicą pneumokokową zwykłą wynikają z tego, że podczas gdy antytoksyczne i antybakteryjne surowice przeciwko innym zarazkom działają równomiernie na *wszystkie* szczepy jednego gatunku, sprawa przedstawia się wręcz odmiennie w stosunku do pneumokoków. *Neufeld* i *Haendel* w Niemczech w roku 1912 a *Cole* w Ameryce w roku 1913 wykazali, że przeciwciała surowicy nie wiążą jadów wszystkich szczepów pneumokokowych. Autorzy ci po bardzo szczegółowych badaniach i doświadczeniach podzielili pneumokoki na zasadzie ich własności aglutynacyjnych na cztery typy. Każdy typ pneumokoków wytwarza *tylko* dla siebie wysokowartościową surowicę odpornościową. I tak, w zapaleniu płuc, wywołanym przez pneumokoki typu I, działa tylko surowica otrzymana z typu I, a ta sama surowica nie działa wcale lub prawie wcale na zakażenie typu II.

Z prac tych autorów wynika więc niezbicie, że: *konieczną* jest rzeczą przygotować odpowiednie surowice dla każdego typu pneumokoka, oraz konieczne jest określenie typu zarazka przed zastosowaniem odpowiedniej surowicy leczniczej. Z drugiej strony okazało się, że w celach leczniczych konieczne są bardzo duże dawki tych poszczególnych surowic. Na początku leczenia tą metodą podawano *dożylnie* (bardzo szczegółowe badania autorów amerykańskich wykazały, że surowice te działają tylko po dożylnym podaniu) surowicę w ilości 500 — 800 — 1000 cm na raz, a po ośmiu godzinach powtarzano dawkę *(Cole)*. Stosując surowicę swoistą, autorzy amerykańscy stwierdzili, że śmiertelność spadała w dużym stopniu, a powikłań prawie nigdy nie było.

Niewygoda ze stosowaniem olbrzymich dawek zmusiła autorów amerykańskich do prac nad zmniejszeniem ilości podanej surowicy. Starano się otrzymać *stężone* roztwory przeciwciał, zawierające w tej samej objętości znacznie więcej przeciwciał, niż surowica pierwotna, z której się je otrzymuje *(Felton)*. Wysiłki Feltona zostały, uwieńczone powodzeniem.

Już od szeregu lat w Ameryce (Zakłady Lederle) i w Anglii (Zakłady Bourrough) produkują w małej objętości wysoko-stężone jedno-ważne surowice Feltona o działaniu swoistym, skierowanym przeciw poszczególnym typom pneumokoków. Surowice te były również wypróbowane w Niemczech, Francji, Danii i Rosji. Dotychczasowe doświadczenia wykazują, że ściśle przyczynowe leczenie jednoważnymi swoistymi surowicami daje stosunkowo najlepsze wyniki w zapaleniu płuc krupowym, wywołanym przez pneumokoki typu I i II, które atakują ludzi młodych i zdrowych w wieku od 30 do 40 lat. *Waldorow* twierdzi, że w tych przypadkach surowica obniża odsetek śmiertelności o połowę, podczas gdy *Blanckenhorn* podaje, że odsetek śmiertelności spadł o 76% w porównaniu z kontrolnymi nieleczonymi surowicą. Poza tym surowice te łagodzą przebieg choroby i przyspieszają wyleczenie.

Zapalenie płuc wywołane przez pneumokoki typu III odznacza się niezwykle ciężkim przebiegiem i zachowuje się na ogół opornie wobec leczenia surowicą swoistą. Typ ten atakuje osobników starszych. W przypadkach zapalenia płuc wywołanych przez pneumokoki typu IV (typ najbardziej rozpowszechniony i odgrywający ważną rolę w powstaniu odoskrzelowego zapalenia płuc) seroterapia typu IV pozostaje często bez skutku. Ale ta grupa przypadków ma przebieg dobrotliwy i daje niezależnie zresztą od sposobu leczenia nikły odsetek śmiertelności, dlatego, że ustrój najczęściej spotyka się z tym typem IV i łatwo zdobywa odporność.

Leczenie surowicą ma widoki powodzenia tylko wówczas, jeżeli zostaje zastosowane *wcześnie, przed 5-ym dniem choroby*. Ale wczesne zastosowanie surowicy zależy od dwóch bardzo ważnych czynników: od konieczności *oznaczania* typu pneumokoka, oraz od uzyskania we *właściwym czasie* plwociny do badania. *Najszybszą* metodą określania typu pneumokoka jest metoda Neufelda z plwociną.

Najlepiej działa surowica w *pierwszym d*niu choroby, nigdy zaś po piątym dniu. Powikłań surowica nie leczy.

Przed przystąpieniem do zastosowania surowicy należy *bezwzględnie* uzyskać dane dotyczące stanu alergicznego chorego oraz uprzedniego wstrzyknięcia jakiejkolwiek surowicy. W każdym wypadku wykonywuje się, niezależnie zresztą od stanu uczulenia czy nie, chorego, próbę *spojówkową*, która polega na wkraplaniu do worka spojówkowego 1 — 2 kropli 1% rozczynu surowicy końskiej. Rozszerzenie naczyń, występujące w ciągu 20 — 30 minut, dowodzi uczulenia. Dodatni odczyn wskazuje na możliwość powikłań po dożylnym wprowadzeniu surowicy.

Należy albo zaniechać stosowania surowicy, albo zachować bardzo dalekie środki ostrożności, które zresztą *obowiązują* przy każdym dożylnym wstrzykiwaniu surowicy, niezależnie od wyniku prób. Surowicę przechowywaną w chłodnym miejscu należy uprzednio rozgrzać w ciągu 20 — 30 minut, igłę zaś po wyjałowieniu, dobrze wysuszyć. Pierwszą dawkę na-

leży wstrzykiwać bardzo wolno, pierwszy cm w ciągu 5 minut, następne 4 względnie 9 cm w ciągu 10 minut. W czasie wstrzykiwania należy pacjenta obserwować i natychmiast przerwać zabieg w razie wystąpienia zaczerwienienia twarzy, przyspieszenia tętna, duszności, nudności, bólów krzyża i klatki piersiowej, sinicy, zapaści. W pogotowiu należy mieć strzykawkę z adrenaliną, którą czasami należy podać dożylnie.

Według opinii autorów amerykańskich, leczenie swoistą surowicą jest najlepszą metodą leczniczą zapalenia płuc, gdyż leczymy wtedy ściśle przyczynę bakteryjną choroby. Ale niezbędnym warunkiem do otrzymania dobrych wyników jest bardzo *wczesne* (1 dnia *dożylnie*) wstrzykiwanie surowicy. Zasięg stosowania surowicy pneumokokowej Feltona pozostaje jeszcze narazie dość ograniczony w Europie. Surowice te bowiem są niesłychanie drogie. Należy je sprowadzać z Ameryki lub Anglii, poza tym tylko nieliczne pracownie w Europie posiadają specjalne urządzenia do określania typów pneumokoka według Neufelda.

Metoda leczenia surowicą mimo jej rzadkiego jeszcze stosowania w Europie już wywołuje głosy krytyki. Niektórzy twierdzą, że leczenie to nie jest wcale leczeniem swoistym, lecz tylko szczególnym rodzajem nieswoistej terapii bodźcowej, i stosują kombinowaną terapię surowicy i chininy, zmniejszając tym samym wartość metody *(Stein)*. W rzeczywistości w chwili obecnej nie można jeszcze sądzić o wartości seroterapii swoistej Feltona.

Z powyższych rozważań wynika, że *praktycznie* musimy w dalszym ciągu z leków przyczynowych zalecać tylko chininę i związki sulfamidowe, następnie stosować leczenie objawowe, oraz inne metody leczenia, o których będzie mowa niżej.

Wapń.

Własności fizjologiczne jonu wapnia są następujące. Wapń ma działanie przeciwkrwotoczne, zmniejszające przekrwienie w płucach i oskrzełach, przeciw wstrząsowe, uspakajające hyperwagotonię i jej następstwa wysiękowe i wydzielnicze, regulujące napięcie ośrodkowego i wegetatywnego układu nerwowego, wzmagające siły obronne układu siateczkowo-śródbłonkowego, pobudzające fagocytozę, przeciwwysiękowe, przeciwzapalne, moczopędne, nasercowe — wzmagające krwioobieg, tonizujące naczynia, odwadniające koloidy i uszczelniające komórki — chroni więc przed wtargnięciem toksyn swoistych przy infekcjach, ułatwiając resyntezę cukru i procesy utleniania w wątrobie — dzięki temu wątroba wzbogaca zapasy glikogenu a czynność odtruwająca doznaje wzmocnienia. Terapia wapniowa urzeczywistnia więc nieswoiste leczenie podłoża i wzmaga odporność narządów względem zarazków, a jej wybitne własności przeciwzapalne i przeciwwysiękowe zapewniają jej pierwsze miejsce w leczeniu stanów zapalnych i przewlekłych. Własności antywstrząsowe wapnia są po-

mocne przy leczeniu surowicą, a działanie nasercowe tonizuje układ krążenia tak często uszkodzony czynnościowo w zapaleniu płuc. Wapń jest więc bezwzględnie wskazany w zapaleniu płuc, gdzie się go podaje domięśniowo pod postacią calcium gluconatum w ilości 10 cm 10% roztworu, 1, 2 razy dziennie. O innych połączeniach wapnia mówiliśmy już wyżej.

Kreozot i jego pochodne.

Laederich i *Weiller* zalecają metodę Schoulla w leczeniu zapalenia płuc Kreozotem: 100 cm mleka wstrząsa się silnie i długo z 40 — 50 kroplami Kreozotu. Zaraz potem robi się głęboką lawatywę, którą chory przetrzymuje przez godzinę. Lawatywy te powtarza się 2 razy dziennie. U dzieci bierze się od 2 do 10 kropel na 1 lawatywę. Jak działa Kreozot? Prace *Remlingera* wykazały, że Kreozot jest środkiem przeciwgorączkowym, przeciwwysiękowym, wybiórczobakteriobójczym przeciw pneumokokom, wreszcie wzmacniającym organizm. Mimo tych zalet Kreozot jest niemożliwy do stosowania doustnego, gdyż drażni przewód pokarmowy. W jego czystej postaci można go stosować tylko doodbytniczo. Obecnie znajdują się na rynku pochodne Kreozotu zwane pod nazwą preparatów *gwajakolowych,* które odpowiednio przygotowane są doskonale znoszone drogą doustną, i są ogólnie zalecane właśnie ze względu na ich wyżej wymienione własności.

Insulina.

Merklen, Israel, Ucchedda (1931) *Maione* (1931 — 1934), *Kagan, Jasnyj* i inni badali *zaburzenia przemiany cukrowej* w przebiegu zapalenia płuc. Wykazali oni, że zapalenie płuc prowadzi do niedotlenienia ustroju, wywołując tym samym przesunięcie równowagi kwasowo-zasadowej w stronę kwasicy. Skutkiem tej kwasicy są zaburzenia przemianv węglowodanowej, przejawiające się po pierwsze podwyższeniem poziomu cukru we krwi naczczo, po drugie hyperglikemiczną krzywą cukru po obarczeniu glukozą, po trzecie hyperglikemią stałą, której nasilenie jest proporcjonalne do nasilenia choroby. Po wyzdrowieniu krzywa glikemiczna wraca do normy, ale czasami wywołane przez infekcję pogorszenie tolerancji węglowodanowej może się utrzymać przez czas dłuższy. Wobec istnienia tych zaburzeń w przebiegu zapalenia płuc uzasadnione jest stosowanie insuliny jako środka sprowadzającego procesy przemiany węglowodanowej na tory normalne, a tym samym przyczyniającego się do podniesienia sił obronnych ustroju i do zwalczania choroby.

Insulinę podaje się 2 razy dziennie od 10 do 50 j. stosownie do przypadku. Jednocześnie podaje się 30 — 50 gr. cukru gronowego doustnie, dożylnie lub w lawatywie.

Glukoza.

Ontaneda leczy zapalenie płuc za pomocą dożylnej kroplówki z glu-

kozy lub soli fizjologicznej z glukozą. Autor wprowadza 3 litry glukozy dożylnie dziennie. 45 kropli na minutę — aż do spadku ciepłoty. Przy obniżonej zaś ilości chlorku we krwi stosuje on fizjologiczny roztwór soli kuchennej łącznie z glukozą. Główną zaletą tej metody jest odtrucie ustroju. Skóra traci sine zabarwienie, staje się wilgotną, samopoczucie poprawia się, zamroczenie ustępuje, diureza wzrasta.

Witamina C.

Prace *Szent-Gyorgyiego* i wielu innych wykazały, że w chorobach zakaźnych (błonica, zapalenie płuc, dur) stwierdza się wyraźny brak witaminy C, potrzebnej do uodpornienia ustroju. W chwili obecnej wszyscy stosują witaminę C w zapaleniu płuc. Nie ma jednak zgodności co do dawek. *Hochwald* i *Gancher, Vogl* i *Czerny* podają pierwszego dnia 200 mgr. witaminy C. podskórnie, w następnych zaś dniach 200 do 500 mgr dziennie w kilku zastrzykach. *Bohnholzer* podaje odrazu 400 — 500 mgr. dziennie domięśniowo i dożylnie, aż do spadku ciepłoty i 100 mg 3 razy dziennie w następnych dniach aż do rekonwalescencji. Posarelli podaje co 3 godziny po 500 mg w pierwszych 2 dniach, a w dniach następnych 3 razy dziennie po 500 mg, potym po 2 razy dziennie aż do rezolucji. Stosując tak duże dawki autorzy ci stwierdzali szybki spadek ciepłoty, a przełom występował już 5, 6 dnia. Witaminę C należy bezwzględnie stosować w zapaleniu płuc.

Wyciągi wątrobowe.

Szereg autorów amerykańskich *(Murphy, Middleton, Gibbon)* spostrzegł, że w anemii Biermera, w agranulocytozie i u zdrowych osobników wstrzykiwania wyciągów wątrobowych mają nie tylko potężny wpływ na obraz czerwony krwi, ale także wywołują leukocytozę i zwiększenie ciałek obojętnochłonnych. Otóż *Wilson, Meyer, Harry* i *Bernoy,* opierając się na tych doświadczeniach, zastosowali hepatoterapię w zapaleniu płuc. Iniekcje wątrobowe zwiększyły leukocytozę i wpłynęły bardzo korzystnie na przebieg choroby. Wstrzykiwali oni codziennie ilość wyciągu odpowiadającego 800 gr. świeżej wątroby. Dobowa ilość moczu zamiast 500 cm doszła do 3.400 cm, zamroczenie ustąpiło, gorączka spadła szybko i apetyt wrócił. Autorzy ci twierdzą, że leczenie to nadaje się w przypadkach z *małą* leukocytozą.

Alkohol.

Opierając się na dobrych wynikach, otrzymanych przy leczeniu ropni płuc metodą *Thursza* i *Landaua* (wstrzykiwania dożylne 33% alkoholu), zastosowano to leczenie w zapaleniu płuc. *Desmouliere* podaje, że na 70 przypadków leczonych alkoholem — od 3 — 5 — 15 wstrzyknięć — nie miał ani jednego zejścia śmiertelnego i ani jednego powikłania. Jest

godnym uwagi, że spadek ciepłoty odbywa się litycznie. Ujemną stroną tych wstrzykiwań jest, jak wiadomo, zamykanie się żył pod wpływem działania alkoholu na ścianki żylne. Ale najczęściej wystarcza mała ilość wstrzyknięć, która nie powoduje jeszcze zamknięcia światła naczyniowego.

Neosalvarsan.

Lebius stosował 0,15 neosalvarsanu dożylnie w pierwszych trzech dniach zapalenia płuc i twierdzi, że miał zupełnie dobre wyniki.

Emetyna.

Niektórzy, w przedłużających się zapaleniach płuc i w obawie przed ropniem wstrzykują emetynę podskórnie w ilości 0,04 na dawkę w ciągu 1 tygodnia.

Urotropina.

Corbella, wstrzykując dożylnie urotropinę, miał w zapaleniu płuc wypadki wyzdrowienia.

Przetwory salicylowe i antypiryna.

W zapaleniu płuc gośćcowym swoistym leczeniem jest podawanie przetworów salicylowych. *Lutembacher* podaje dożylnie 3 razy dziennie po 3 gr. salicylu — 60 cm 5% rozczynu. Po 10 dniach robi on 2 dniową przerwę. Jeśli zapalenie płuc gośćcowe wikła się odczynem obrzękowym, *Bouchut i Levrat* podają antypirynę po 6 — 8 g dziennie przez dłuższy czas, później dawki są zmniejszane do 4 gr. Lutembacher rozpoczyna od 5% antypiryny dożylnie, stopniowo zwiększając dawkę od 0,5 do 1,0 i do 1,5. Robi on codziennie dwa wstrzykiwania. Pozatym podaje on doustnie 2 — 3 gr. dziennie tego samego środka.

Nieswoiste leczenie bodźcowe.

Ustrój człowieka nie zawiera tylu związków ochronnych aby mógł każdorazowo skutecznie przezwyciężyć w swoisty sposób liczne zakażenia na które jest narażony. Prace *Muchy* i *Frankla* ustaliły, że można uzyskać *odporność nieswoistą* przez wprowadzenie do organizmu takiego czynnika, który posiada własności potęgowania czynności wszystkich tych przeciwciał które już znajdują się w danym ustroju, oraz wytwarzania nowych nieswoistych przeciwciał. W ten sposób uzyskuje się ogólną odporność, i pobudza się do wzmożonego działania wszelkie siły odpornościowe organizmu. Much wykazał, że nietylko ciała białkowe ale też i lipoidy i tłuszcze posiadają działanie bodźcowe i antygenowe na komórki. Otóż kompleks zawierający ciała białkowe, lipoidy i tłuszcze, znany pod nazwami *Panodin, Fortadin, Sistofebrin,* okazał się najlepszym uodparniającym preparatem *nieswoistym,* działającym przeciwko całemu szeregowi

różnych schorzeń zakaźnych, gorączkowych przez uruchomienie i wzmocnienie sił obronnych ustroju i pobudzenie go do energicznej walki z zarazkami

Preparaty te podaje się 1 — 2 razy dziennie domięśniowo po 2 cm w ciągu 1, 2 — 10 dni stosownie do przypadku. Jednym z pierwszych objawów działania tych środków jest spadek gorączki i poprawa samopoczucia.

2) Autohemoterapia.

Wprowadzona w roku 1913 przez *Sprethoffa,* rozpowszechniona w roku 1915 przez *Ravaut i Konigsfelda,* zalecona na wielką skalę w roku 1924 przez *Voschutza* i *Tenhoffa* w ilości 20 — 80 cm domięśniowo autohemoterapia jest obecnie stosowana obok preparatów chinino-kamforowych w *każdym bezwzględnie* przypadku zapalenia płuc. Obecnie wstrzykuje się od 20 do 40 cm krwi domięśniowo. Można też wstrzykiwać surowicę własną w ilości 5 — 10 cm. Mechanizm działania autohemoterapii doskonale skutkującej w przypadku zapalenia płuc nie jest dokładnie znanym. Nie daje ona żadnych objawów podobnych do tych, które widzimy po zastosowaniu proteinoterapii.

Heterohemoterapia.

Często autohemoterapia nie wywiera żadnego działania. Wynika to z tego, że chory organizm nie wytwarza dostatecznej ilości lub dostatecznie silnych czynników zdolnych do pobudzenia ustroju. Dlatego należy wtedy uciec się do obcego dawcy, a wyniki leczenia są wtedy często zdumiewające. Czasami też dawca rodziny (matka, ojciec, brat, siostra) nie posiada również tych czynników koniecznych do przestrojenia organizmu, dlatego też Weil każe zawsze brać krew od obcych dawców.

3) Szczepionki i autoszczepionki.

Większość autorów uważa je za nieswoistą metodę leczenia bodźcowego. W niektórych przypadkach dają one zupełnie dobre wyniki. Szczepionki przygotowują się z zabitych drobnoustrojów, wyhodowanych z plwociny chorego (autoszczepionki), w braku plwociny posługujemy się szczepionką wieloważną. Szczepionki ogólnie stosowane obecnie zwane szczepionkami grypowymi zawierają gronkowce, paciorkowce, pneumokoki, laseczniki Pfeiffera i micrococus aureus. Szczepionki służą jako lek pomocniczy i mają raczej znaczenie zapobiegawcze. Stosuje się je w przewlekających się zapaleniach płuc. Co drugi dzień w ilości 0,1 — 0,2 — 0,3 aż do 1,0 cm. Ogółem 6 — 8 zastrzyków.

4) Przetaczanie krwi.

W cięższych postaciach zapalenia płuc przetaczanie krwi w ilości 250 — 500 cm jest obecnie ogólnie przyjętą metodą leczenia.

5) Bańki.

Bańki wywołują: 1) przez działanie ssące, wynaczynienie krwi, z drobnych skórnych i podskórnych naczyń krwionośnych. Wynaczyniona krew działa jak autohemoterapia a właściwie *proteinoterapia*. Powoduje ona zwyżkę temperatury, podnosi żywotność i odporność komórek, podwyższa poziom ciał imunizacyjnych we krwi i osoczu, wywołuje także nieznaczne zmiany w obrazie krwi. 2) Bańki wywołują też *hyperemię* powierzchowną i drogą odruchową głębszą w narządach i tkankach leżących w tym samym odcinku nerwów rdzeniowych. Przez przekrwienie działają bańki silnie *przeciwbólowo, przeciwzapalnie i rezorpcyjnie* na procesy wysiękowe i zapalne. 3) Zmniejszają przekrwienie w obrębie płuc w zaburzeniach małego układu krążenia. Zmniejszenie przekrwienia osiąga się szczególnie przy zastosowaniu *ciętych baniek*. W ciężkich zapaleniach płuc ten niewielki upust krwi jest czasami zastąpiony przez zwykły *upust krwi*, wykonany przez wenepunkcję.

Rentgenoterapia.

Skuteczność rentgenoterapii w ostrych stanach zapalnych zachęciła szereg autorów do wypróbowania tej metody w zapaleniu płuc. *Powell* (1933) naświetla klatkę piersiową z przodu lub z tyłu na przestrzeni nieco większej niż zajęta procesem chorobowym część płuca. Dawka jednorazowa wynosi 250 — 350 r. fali, 0,3 angström (135 KV filtr 3 mm Al). Już w parę godzin po naświetlaniu następuje poprawa samopoczucia, po 12 — 24 godzinach spada temperatura, nieco później obniża się ilość leukocytów, zwalnia się oddech i tętno. Jeśli w ciągu 36 — 48 godzinach temperatura i leukocytoza nie spada do normy, to powtarza się naświetlanie. a przy zakażeniu mieszanym robi się 3 i 4 naświetlanie w odstępach 2 dniowych zmniejszając za każdym razem dawkę. Przeciwskazaniem do reontgenoterapii jest leukopenia.

Marrit, Peaks, Bobreckaja, Bobrownik i *Palugyaga* uważają, że roentgenoterapia najlepiej działa w *przewlekłych* zapaleniach płuc, trwających od 3 do 8 tygodni. W tych postaciach, mówią oni, trudniej jest oczekiwać samoistnego wyleczenia, jak to się widzi w ostrej pneumonii, a raczej należy się spodziewać ciężkich powikłań. Tu roentgenoterapia jest najbardziej wskazana. Według tych autorów poprawa po naświetlaniu następuje już po 1 lub 2-gim naświetleniu.

W przypadkach przewlekłych *Linner* napromienia w ciągu 2 — 7 dni. Dawka u Linnera nie przekracza 10% HED. Technika zaś naświetlania według *Mandelsztama* jest następująca: napięcie prądu 165 KV, natężenie 4 mA, filtr 0,5 mm C u i 3 mm Al. odległość ogniska 40 cm. Naświetla się naprzemian dwa pola, z przodu i z tyłu, stosując na skórę dawkę 125 — 185 r co odpowiada mniej więcej 15% — 25% HED a na głębokości 10 cm — 6% — 9% HED. Odstępy między naświetleniami

wynoszą 4 — 5 dni. Ogółem liczba naświetlań 3 — 6. Mechanizm działania roentgenoterapii tłumaczy się w następujący sposób: przez zadziałanie na zakończenia czuciowe nerwów, napromienianie Roentgenem, zmniejsza bóle, przez pobudzenie układu siateczkowo - śródbłonkowego następuje wzmożenie ciał odpornościowych ustroju i własności bakteriobójczych krwi. W ten sposób promienie Roetgena działają na miąższ płucny, prowadzą do jego przekrwienia i do przyspieszenia wchłaniania się nacieku zapalnego. Roentgenoterapia jest właściwie nieswoistą terapią bodźcową. Wyniki zależą od ogólnego stanu chorego, od rozległości sprawy zapalnej, a w dużej mierze od techniki naświetlań.

Odma sztuczna.

Metodę tę po raz pierwszy zastosował *Rodd* w roku 1918. Z kolei wypróbowali ją *Friedmann* (1921) *Schotky* (1923) *Wyn* (1926) *Ibrahim, Dukan, Neuman, Klotz, Dawid Leopold, Jahr,* (1927 — 1930) *Coglan* (1932) *Liebermann, Dalla Torra, Brown, Robertson, Cowper, Behrendt, Anderson* i wielu innych (1933 — 1938). Jest rzeczą charakterystyczną, że wszyscy ci autorzy mieli bardzo dobre wyniki przy stosowaniu odmy sztucznej w zapaleniu płuc. (400 — 500 cm dziennie). W swych doniesieniach mówią oni o skróceniu czasu choroby, ustąpieniu temperatury, zwolnieniu tętna, ustąpieniu złego samopoczucia, duszności, a szczególnie *bólu* po *rozdzieleniu* powierzchni opłucnej ściennej i trzewnej znajdujących się w ostrym stanie zapalnym. Doniesienia jednak ostatnich lat w szczególności amerykan i anglików wykazują dziwną sprzeczność z entuzjazmem początkowym tych autorów, którzy jak np. *Berent* i *Cawper* twierdzili, że bez odmy sztucznej ich chorzy byliby napewno straceni.

Badacze amerykańscy *Baake, Howard, Hull* dochodzą na podstawie bogatego materiału do wniosku, że odma działa skutecznie jedynie w *ciągu 2 pierwszych dni* choroby, później zaś działa wyłącznie *objawowo* usuwając *bóle* opłucnowe. Wychodząc z założenia, że usunięcie *bólu* jest najważniejszym zadaniem odmy sztucznej *Young i Blake* stosują ją tylko w tym celu. Wobec tego, że opłucna przy zapaleniu płuc jest nadzwyczaj wrażliwa na ból, założenie odmy wymaga szczególnie dokładnego znieczulenia miejscowego.

Ale są autorzy, którzy nie radzą nawet zakładać odmy w celu zwalczania bólu. *(Steeman* i *D. G. Mac Key).* Odma bowiem może wypchać materiał zakaźny do płuca zdrowego, zwiększyć sinicę i duszność, a w razie powstania ropniaka utrudnić jego otorbienie.

Ostatnie znów doniesienia *Ibrahima, Dukena* i *Stankiewicza* mówią, że, w wypadkach jednostronnego zapalenia płuc u dzieci, odma sztuczna dała im bardzo dobre wyniki. W rzeczywistości z danych piśmiennictwa trudno jest bardzo o ocenę czy należy lub nie, zakładać odmę. Jedno jest pewne. Odma nie wpływa *wcale* leczniczo na płatowe zapalenie płuc.

Dr. W. PEREL (Białystok).

ZABURZENIA MIESIĄCZKOWANIA W PRZEBIEGU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH.

Miesiączkowy cykl uwarunkowany jest dojrzewaniem pęcherzyka Graafa i tworzeniem się ciałka żółtego. Pęcherzyk, ciałko żółte i śluzówka maciczna stanowią jedną, nierozłączną całość, w której zaburzenia jednego składnika powodują zaburzenia w pozostałych. Normalny miesiączkowy cykl jest regulowany dwoma hormonami. W pierwszej połowie cyklu follikuliną (oestron), w drugim zaś połowie wydzieliną żółtego ciałka (lipamin). Zaburzenia miesiączkowania zasadniczo dzielimy na cykliczne, acykliczne, wczesne przekwitanie i krwawienie młodzieńcze.

Do cyklicznego krwawienia należy: a) menorrhagia i b) polyhypermenorrhoea. Menorrhagia (charakteryzuje się tym, że miesiączkowanie jest bardzo obfite, ale nie trwa więcej niż osiem dni, 8/28 — przy czym cykl jest zachowany), występuje przy schorzeniach zastawkowych i nadciśnieniu niezależnie od przyczyny wywołującej. Menorrhagia towarzyszy poza tym wszelkim zaburzeniom wewnątrzwydzielniczym za wyjątkiem schorzeń tarczycy.

Polyhypermenorrhoea (bardzo częste i silne krwawienie z najkrótszym interwałem 16— 17 dni, 8/16 — 17), występuje przy chorobach chronicznych, a mianowicie: wadach sercowych — tu dominuje schorzenie samego mięśnia sercowego, osierdzia i wsierdzia, płucnych schorzeniach wszelkiego rodzaju: nieżyty oskrzeli, ropień i gruźlica płuc, przy chronicznym zapaleniu nerek, degeneracji nerek, marskości i stanach mocznicowych, w posocznicy zwłaszcza popołogowej, w schorzeniach tarczycy a to w sensie hyper i hyporhyreoidyzmu t. j. Morbus Basedowi i Myxodema. Poza tym spostrzega się hypermenorrhoea w morfiniźmie, alkoholiźmie i zatruciu nikotyną. Pośrednie miejsce między zaburzeniami miesiączkowania o typie cyklicznym i acyklicznym zajmuje hypermenorrhoea w ostrych chorobach zakaźnych i intoksykacjach, spowodowana wtórnym osłabieniem czynności jajnika.

Acykliczne krwawienie t. j. metrorrhagia (krwawienie całkiem nieprawidłowe i trwające dłużej niż 10 dni) stoi w związku ze schorzeniami związanymi ze skazą krwi (per diapedesin), poza tym występuje przy skazach krwotocznych (gdzie czas krwawienia i krzepliwości jest przedłużony).

Przyczyn całkowitego nieprawidłowego krwawienia we wczesnym przekwitaniu należy dopatrywać się w zaburzeniach czynności narządów, warunkujących normalny cykl miesiączkowy. Takie krwawienie klinicznie bądź poprzedza hypermenorrhoea albo częściej amenorrhoea, aż później wystąpi krwawienie, które daje się bardzo trudno opanować.

Amenorrhoea występuje często na tle wadliwej przemiany materii (cukrzyca, podagra, szybkie odtłuszczenie) i towarzyszy również schorzeniom mózgowym i ostremu gośćcowi stawowemu. Niedomoga wydzielnicza jajnika powstaje również często na skutek zatrucia całego organizmu (ołów, alkaloidy), ze schorzeń o wydzielaniu wewnętrznym należy wymienić brak miesiączkowania przy akromegalii.

Wreszcie w rachubę wchodzi krwawienie młodzieńcze, gdzie pierwsze miesiączkowanie występuje normalnie, ale następne jajo już nie dojrzewa, tak że nie może ujawnić się faza bujania śluzówki macicznej, i krwawienie tym samym trwa dalej. Są to krwawienia bardzo uporczywe, z leczniczego stanowiska bardzo niewdzięczne, prowadzące do ciężkich anemii, ogólnego osłabienia i śmierci.

Reasumując należy podkreślić, że nie zawsze zaburzenia miesiączkowania należy jedynie i ściśle traktować z punktu widzenia ginekologicznego, natomiast — często należy uwzględnić tło, na którym zaburzenie to występuje, ponieważ w wielu wypadkach zaburzenia miesiączkowania są jedynie objawami towarzyszącymi chorobie zasadniczej, którą należy zwalczać za wszelką cenę. Należy wziąć pod uwagę, że widoki leczenia hormonalnego przy zaburzeniach miesiączkowania są nieraz z góry przesądzone i niekorzystne.

W tych razach należy zaniechać takiego leczenia. Dokładne wywiady, badanie objektywne oraz badania dodatkowe (krew, mocz, przemiana podstawowa i t. d.), umożliwiają jedynie wyjaśnienie tych przypadków i przyczyniają się do zastosowania właściwego leczenia.

STRESZCZENIA Z CZASOPISM OBCYCH.

GEORG MAGNUS. *O pierwszym opatrzeniu świeżej rany.* (Medizinische Klinik Nr. 14 r. 1939).

Los zranionego zależy nieraz od pierwszej ręki, która go opatruje, ale i jak to podkreśla autor, od czasu jaki upłynął od chwili zranienia aż do pierwszego opatrunku. Na podstawie doświadczeń Friedricha przyjąć możemy, że jeżeli w ciągu pierwszych 6 do 8 godzin dokonać dokładnego wycięcia zranionego miejsca, to usuwa się tym samym źródło możliwego zakażenia. Naturalnie wykonanie takiej operacji w odpowiednim czasie nie zawsze jest możliwe i wtedy należy postępować według starych zasad, mianowicie, usunąć silnie zabrudzone i zmiażdżone części tkanki i przez dokonanie odpowiednich nacięć i założenie drenów zabezpieczyć odpływ ropy, ranę pozostawić otwartą przy unieruchomieniu zranionej

tkanki najczęściej za pomocą odpowiedniego opatrunku gipsowego z oknami.

Zwalczanie zakażenia rany środkami chemicznymi ma sens tylko w tym czasie, gdy bakterie znajdują się na powierzchni rany, t. j. tylko w ciągu pierwszych 6 do 8 godzin, a przede wszystkim tam, gdzie metoda wycinania rany nie może znaleźć zastosowania np. ze względu na topografię (rana łącząca się z jakąś z jam ciała lub ważny nerw itp.).

Autor podkreśla ważność zastrzykiwania surowicy przeciwtężcowej w każdym wypadku dużych ran pobrudzonych ziemią; nie widział on żadnych cięższych komplikacji posurowiczych, w szczególności żadnego wypadku śmierci, natomiast nigdy, poza jednym przypadkiem, nie spotkał się z wybuchem tężca po podaniu surowicy w odpowiednim czasie. W tym jednym wypadku ujemnym surowica była dana dopiero na trzeci dzień, tężec zresztą przebiegał łagodnie.

Dr. Z. Mackiewicz.

—:o:—

E. LEOPOLD. *O miejscowym stosowaniu witaminy C w praktyce codziennej (pasty cebionowej).* (Zahnärztliche Rundschau 1939, Nr. 1, str. 33).

Pasta cebionowa jest preparatem przeznaczonym do miejscowego leczenia witaminą C zapalenia dziąseł i jamy ustnej oraz do dodatkowego stosowania w paradontozie. Autor donosi o 11 przypadkach zapalenia dziąseł na tle ciąży, ostrego zapalenia dziąseł, wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej, paradontozy 1 i 2 stopnia oraz ciężkiego zapalenia jamy ustnej u pracownika-metalowca, które skutecznie leczył pastą cebionową. 25 dalszych przypadków, 13 pacjentek i 12 pacjentów z lekkim zapaleniem dziąseł i typowymi objawami hipowitaminozy, również leczono pastą cebionową. Autor stwierdził we wszystkich tych nieskomplikowanych przypadkach całkowite wyleczenie.

Dr. Stanisław Domicz.

—:o:—

R. BOULIN. *100 przypadków moczówki cukrowej leczonych insuliną protaminocynkową.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. r. 1939 Nr. 2.).

Na ogół przy stosowaniu insuliny protaminocynkowej można było uzyskać zmniejszenie cukromoczu i przecukrzenia krwi, stosując dawki mniejsze niż insuliny zwykłej. Ogólne objawy uboczne polegały na bólach głowy. W 19 przypadkach autor obserwował objawy niedocukrzenia, głównie w II-ej połowie nocy. Przy stosowaniu insuliny protaminowocynkowej stwierdzał autor niejednokrotnie nagły spadek glikemii lub odwrotnie nasilenie glikozurii. Brak działania najczęściej wynikał z niedostatecznego wstrząśnięcia ampułki przed zastrzykiem, zastrzyknięcia domięśniowego zamiast podskórnego lub z wadliwej diety. Jak wynika z badania autora, insulina protaminocynkowa nadaje się do leczenia przypadków cukrzycy średnio ciężkiej i niektórych przypadków ciężkiej cukrzycy. Na ogół jednak w przypadkach ciężkich lepsze wyniki daje leczenie kombinowane insuliną protaminowocynkową i insuliną zwykłą.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

D. WRIGHT, D. BOND i J. HUGHES. *Zmniejszenie ciśnienia śródczaszkowego za pomocą stężonych roztworów lyofilnej surowicy ludzkiej.* (Arch. of Neur, and Psych. Nr. 39 z. 6.).

Badania, przeprowadzone na psach, wykazały, że pod wpływem stężonych roztworów surowicy następuje spadek ciśnienia śródczaszkowego. Autorzy badali ciśnienie płynu mózgowordzeniowego w ciągu kilku godzin za pomocą manometru połączonego z cysterną mózgową. 8 $cm.^3$ surowicy na 1 kg. wagi zwierzęcia obniża ciśnienie na przeszło 20 godzin.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

T. D. SPIES, CH. ARING, J. GELPERIN. *Psychiczne objawy w rumieniu lombardzkim i ich lęczenie kwasem nikotynowym.* (American Journal of the Medical Sciences. Nr. 4, 1938 r.).

Autorzy stosowali kwas nikotynowy i Coraminę u 60 chorych na rumień lombardzki z ostrymi psychozami i innymi powikłaniami, w 421 przypadkach lżejszych, ale wykazujących nawroty 1 — 2 razy rocznie; w 26 przypadkach psychoz innego pochodzenia oraz u 129 chorych na rumień, którzy ogółem mieli 1 — 2 nawroty zaburzeń nerwowych.

Ciężkie psychozy w rumieniu poprawiły się szybko po stosowaniu Coraminy i kwasu nikotynowego na 10 godzin do 6 dni, o ile leczenie trwało dłużej udawało się uniknąć nawrotów w ciągu 2 do 4 miesięcy. W psychozach innego pochodzenia środki wymienione okazały się bez-

skuteczne. W lekkich przypadkach rumienia przez dłuższe podawanie kwasu nikotynowego zaburzenia psychiczne ulegały znacznemu złagodzeniu. Minimalna dawka kwasu nikotynowego nie została ustalona; w ciężkich zaburzeniach psychicznych nie może ona być mniejsza niż 500 mg. kwasu nikotynowego. W wyjątkowo ciężkich przypadkach dawka dzienna dochodziła do 1000 mg. W jednym przypadku szczegółowo opisywanym stosowano Coraminę w ilości 20 ccm. dziennie w dawkach po 4 ccm.

Dr. med. Wł. Kurowski.

———:o:———

GERARD LEFEVRE. *Leczenie przewlekłego nawrotowego zapalenia opon mózgowych wstrzykiwaniem tapioki z mlekiem.* (Soc. med. chir. des Hôp. libres, Luty 1939).

Autor opisuje przypadek zapalenia opon u 16-to miesięcznego dziecka, leczonego uprzednio dużymi dawkami surowicy, szczepionki i ropniem fiksacyjnym. Po 6 dniach po otwarciu ropnia temperatura spadła na kilka godzin, ale podniosła się wkrótce na nowo. Silne odczyny posurowicze nie pozwoliły na dalsze stosowanie surowicy, musiano więc użyć szczepionki.

Wobec tego jednak, że płyn mózgowo-rdzeniowy był ciągle mętny, zastosowano jednak surowicę. Ale z chwilą, gdy tylko wstrzymuje się podanie surowicy, płyn m. rdz. staje się z powrotem mętny. Wobec tego, że dziecko ginęło wprost w oczach, postanowiono, opierając się na pracach Ramona, który wstrzykiwał koniom tapiokę w celu zwiększenia własności immunizacyjnych surowicy, użyć tej metody.

W tym celu wstrzyknięto mieszaninę tapioki i gotowanego mleka. Po 48 godzinach temperatura spadła i więcej się już nie podniosła,a płyn mózgowo-rdzeniowy stał się jasny i aseptyczny definitywnie. Wystąpienie ropienia w okolicy ropnia fiksacyjnego, który już był prawie wysuszony, jest dowodem procesu leukocytarnego, wywołanego przez tapiokę. Dziecko wkrótce wyzdrowiało bez żadnych powikłań. Leczenie polegało na trzykrotnym wstrzyknięciu 5 cm^3 roztworu tapioki w mleku, na początku co 2 dzień, a 3 wstrzyknięcie 3 dni później. Surowicę wstrzykiwano w tym

samym czasie codziennie w małych dawkach. Należy zaznaczyć, że dziecko otrzymało łącznie 725 cm^3 surowicy, z czego połowę do kanału lędźwiowego, a połowę podskórnie i domięśniowo. Już po pierwszym zastrzyku tapioki, surowica nie dała żadnych objawów ubocznych.

Dr. A. Postolski.

———:o:———

H. HOUSTON MERRITT i T. J. PUTNAM. *Doświadczenia na zwierzętach z nowymi środkami przeciwdrgawkowymi.* (Arch. of. Neur. a. Psych. N. 0 z. 5.).

Badania autorów wykazały, że obok luminalu i bromu istnieją jeszcze inne środki, które zmniejszają pogotowie drgawkowe u zwierząt, a mianowicie: difenylhydantoina, acetofenol, benzofenol, propiofenol. Środki te w odróżnieniu od izo-amylethyl-barbituratu sodu, pentobarbituratu sodu phenyluretanu i t. d. zmniejszały skłonność do drgawek w dawce nie wywołującej jeszcze narkozy.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

GEORG-DIETRICH KOCHLER. (Ze Szpitala Bethesda, Grünberg, Śląsk). *O leczeniu zapalenia wielonerwowego za pomocą witaminy B_1.* (Fortschritte der Therapie 1938, zeszyt 10, str. 550).

Autor donosi o ciężkim przypadku zapalenia wielonerwowego na tle infekcji (w związku z ropieniem czyraka w górnym odcinku rima ani). Po czterotygodniowym leczeniu strychniną i dwudniowym galwanizowaniu nóg i ramion wystąpiła wprawdzie lekka poprawa, której jednakże nie można było w żaden sposób porównać z niespodziewanie szybkim i całkowitym wyleczeniem, jakie nastąpiło po stosowaniu witaminy B_1 w postaci Betabionu. Początkowo wstrzykiwano domięśniowo przez 14 dni po 1 cm^3 słabej dawki Betabionu dziennie, potem dożylnie jeszcze przez 16 dni po 1 cm^3 dziennie Betabionu „forte“.

W jednym przypadku bardzo bolesnych nerwobólów twarzy i karku, w związku z dłużej trwającym ropieniem jamy dodatkowej nosa, stwierdzono również niewątpliwe działanie witaminy B_1. Po 6 dożylnych wstrzyknięciach Betabion „forte“ ustąpiły silne początkowo bóle newralgiczne.

Dr. Stanisław Domicz.

———:o:———

L. V. BOGAERT i M. MEUNIER. *Ostry zespół mesocefaliczny w przebiegu świnki.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. N. 18.).

U 42-letniego mężczyzny w 4-ym dniu od chwili wystąpienia objawów parotitis epidemica zjawił się wybitny zespół oponowy oraz zapalenie jądra. Na 8-y dzień dołączyły się objawy mózgowe w postaci myoklonyj

ze stanem depresji, objawami puerylizmu, płaczem przymusowym, stereotypiami i amimią. Po 20 dniach wszystkie objawy się cofnęły. Należy podkreślić, że jeden z synów pacjenta zmarł z powodu zapalenia mózgu, które rozwinęło się na tle krztuśca.

Dr. A Gelbard.

———:o:———

M. DENECHAU. *Przypadek zapalenia rdzenia w przebiegu świnki. Stwardnienie rdzenia następcze, rozwijające się od 4 lat.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. r. 1939, Nr. 2).

W przebiegu ostrego zapalenia przyusznicy rozwinął się u młodej dziewczyny zespół rdzeniowy, charakteryzujący się niedowładem kończyn, parestezjami i zaburzeniami moczowymi. Cierpienie przebiegało ze zwolnieniami i obostrzeniami. W 5-ym roku choroby stwierdzało się objawy niedowładu spastycznego kończyn górnych i dolnych bez jakichkolwiek innych objawów. Autor wiąże obserwowany obraz chorobowy z przebytym zapaleniem przyusznicy.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

H. CHABANIER, P. GAUME i C. LABO-ONELL. *Sympatektomia lędźwiowokrzyżowa w cukrzycowych zapaleniach tętnic kończyn dolnych.* (Presse Méd. Nr. 60. r. 1938)

Rieder, opierając się na tym, że zaburzenia troficzne na kończynach dolnych zaczynają się w odcinku odsiebnym kończyny, uważa za celowe w przypadkach, gdzie zajęte są dolne kończyny, wykonywać sympatektomię, poczynając od trzeciego zwoju lędźwiowego do drugiego zwoju krzyżowego, t. j. w tej części, która zawiaduje unerwieniem stopy Autorzy zastosowali metodę Riedera w 7 przypadkach, z tego 6 dotyczyło cukrzycowego zapalenia tętnic, z dobrym wynikiem: bóle ustąpiły natychmiast po zabiegu, wygląd kończyny uległ wyraźnej zmianie: skóra przyjęła wygląd normalny, owrzodzenia goiły się. Czas obserwacji w przypadkach autorów wahał się od 2 do 3 lat.

Dr. Z. Mackiewicz.

———:o:———

M. LELONG, J. RACHET, P. FOULON, A. LELONG. *Obraz rectosigmoskopowy w przypadku periarteritis nodosa (choroby Kussmaula).* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. Nr. 7. r. 1938).

W każdym przypadku ostrym, podostrym, przebiegającym z remisjami lub przewlekłym, o obrazie różnorakim, obejmującym niemal wszystkie narządy, należy myśleć o chorobie Kussmaula. Autorzy stwierdzili w przypadku periarteritis nodosa u 12-letniego chłopca charakterystyczny obraz rektoskopowy. Na tle normalnej śluzówki wzdłuż przebiegu naczyń włosowatych guzki okrągłe o zabarwieniu perłowym wielkości łebka szpilki, lekko wzniesione ponad powierzchnię. Autorzy zwracają uwagę na opisany obraz i na znaczenie jakie on może mieć w diagnostyce choroby Kussmaula. Spostrzeżenie wymaga dalszego potwierdzenia.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

MORITO. *Wpływ Perandreny na panie kogutów.* (Dobutsu Shinri Nr. 1, 1938 r.).

Autor usiłował naukowo wytłumaczyć fakt trzykrotnego piania kogutów przed wschodem słońca. Wychodząc z założenia, że jest to wynikiem wpływu hormonu jądrowego, usiłował wpłynąć na pianie przez zmniejszenie ilości hormonu. Po jednostronnej kastracji pianie przed wschodem słońca zupełnie ustało, a w ciągu dnia częstość jego znacznie się zmniejszyła. Wstrzykiwanie Perandreny nie tylko przywróciło pianie przed wschodem słońca, ale wpłynęło także na jego częstość w ciągu dnia — równocześnie zaznaczył się znaczny wzrost grzebienia i powrót funkcji płciowych.

Podawanie dużych ilości hormonu żeńskiego powoduje zanik grzebienia i ustanie piania. Wstrzykiwanie Perandreny przywracało warunki normalne.

Dr. med. Wł. Kurowski.

———:o:———

E. CANTILO. *Mechanizm dokrewny regulujący wiek fizjologiczny.* (Presse Med. 103, r. 1938).

Wiek fizyczny nie odpowiada wiekowi biologicznemu osobnika. 2 ludzi urodzonych w tym samym roku może się znajdować w różnym stadium rozwoju fizjologicznego. Autor przedstawia 2 kobiety 30-letnie, z których jedna rozwojem odpowiada okresowi poprzedzającemu pokwitanie, druga zaś znajduje się już właściwie w stanie menopauzy. Rytm czasu u każdego osobnika regulowany jest przez aparat dokrewny, na czele którego stoi przysadka mózgowa. Przysadka przyśpiesza rozwój osobnika, powodując jego starzenie się. Ustrój jednak posiada mechanizm samoobronny, który hamuje czynność przysadki. Są to gruczoły płciowe.

Póki trwa życie płciowe osobnika, istnieje stan równowagi przysadkowej, czynność przysadki jest sprowadzona do minimum, potrzebnego do podtrzymywania równowagi wewnątrzwydzielniczej. Z chwilą jednak, gdy bodźce płciowe zanikają, przysadka zaczyna ujawniać swą czynność w całej pełni. W ten sposób po przekwitaniu twarz kobiety i mężczyzny zmienia się, mogą się pojawiać różne objawy jak: nadciśnienie krwi, osteoporoza, objawy basedowowskie, cukrzyca i t. d., objawy wskazujące na to, że ustrój się zestarzał. Podobny obraz spotykamy zresztą w przebiegu choroby Cushinga. Lekarz jest obecnie w stanie przyśpieszać rozwój osobniczy przez stosowanie preparatów przysadkowych. Odwrotnie, stosując hormony płciowe, może hamować rozwój objawów związanych ze starzeniem się, a więc niejako przedłużać życie.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

J. DECOURT, CH. O. GUILAUMIN i R. CAVIER. *Poziom chloru we krwi w przypadkach obrzęku śluzowatego. Wpływ leczenia tyroidyną.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. Nr. 7 r. 1938).

Poziom chloru we krwi w obrzęku śluzowatym na ogół jest zmniejszony, w chorobie Basedowa — zwiększony. Niekiedy zaburzenia przemiany chlorowej ujawniają się dopiero po zastosowaniu diety bezsolnej. Autorzy przeprowadzili dokładne badania nad przemianą chlorową i wodną w przypadku obrzęku śluzowatego poklimakterycznego, gdzie wpływ diety bezsolnej był wyraźny; podaż soli bardzo szybko wpłynęła na podniesienie poziomu chloru, jednak poziom ten był niższy od normy. Podanie tyroidyny wywołało wzmożenie poziomu chloru w mniejszym stopniu w osoczu, w znaczniejszym — w krwinkach. Wpływ tyroidyny na hydremię był również wyraźny, jednak dotyczył przede wszystkim wody osocza. Ten fakt wskazuje na to, że przemiana chlorowa nie zależy od wahań w zawartości wody.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

LOUIS CAILLAN. *Leczenie hyperhidrosis essentialis.* (Paris Médical, Luty 1939 r.).

Hyperhidrosis, czyli nadmierne pocenie się może być uogólnione i umiejscowione. Umiejscowione — nazywa się ono ephydrosis. Odróżniamy ephydrosis rąk, nóg i pach. Ephydrosis podeszwowej towarzyszy często b. przykry zapach. Nosi ona wtedy nazwę bramhidrosis.

Leczenie: 1) w każdym przypadku hyperhidrosis należy przede wszystkim dokładnie zbadać chorego, żeby można było zastosować ogólne leczenie. Do tych wskazań należą: przebywanie na wolnym powietrzu, gimnastyka umiarkowana, uregulowanie pracy. Kąpiele ciepłe lub zimne, nacieranie i masaże. Poty w stanach nerwowych są leczone elektroterapią,

która często uspakaja chorych. Odnośnie diety zabronione są wszystkie potrawy ostre i wędzone.

2) Wewnętrznie stosuje się leki wzmacniające: arszenik, fosfór; uspokajające jak brom, waleriana, następnie atropina, agaricyna, ergotyna, szałwia, siarczan miedzi. Następujący przepis daje niezłe wyniki: Rp. Pulv. digit. 0.01, Pulv. Nuc. Vomic. 0.01, Agaricini 0.01, Pulv. secalis cornuti 0.1, Chinini mur. 0,1. D. S. 3 proszki dziennie. Należy zaznaczyć, że jeżeli leczenie wewnętrzne ma pewien wpływ na pocenie się uogólnione, to nie wpływa prawie wcale na pocenie się miejscowe, gdzie tylko terapia miejscowa może być skuteczna.

3) Leczenie miejscowe: stosuje się kąpiele gorące lub ciepłe, nacierania spirytusem kamforowym, 5%-wym roztworem taniny lub 2%-wym roztworem Lysoformu. Po nacieraniu należy ciało napudrować talkiem, krochmalem, ałunem lub taniną. Najlepszym preparatem jest formalina, z powodu jej działania drażniącego, lepiej stosować lyzoform. Naciera się lyzoformem ręce lub nogi, następnie myje się je ciepłą wodą. Po wysuszeniu ciała należy zapudrować pudrem: a) talci, zinci oxydati, bismuthi salicylici aa, b) Talci 90.0, Amyli 10.0, c) Pulv. alumini 45.0, acidi salicylic. 2.0 lub d) Amyli 5.0, Bismuthi subnitrici 5.0, Acid. borici 5.0. W przypadkach cięższych autor zaleca promienie ultrafioletowe w dawce rumieniowej. Działają one lepiej w poceniu się nóg i pach niż rąk. Wreszcie Sabouraud zalecił radioterapię. Należy wtedy być b. ostrożnym, nie należy wysuszyć skóry ani gruczołów. Autor ten stosuje co tydzień jedno naświetlanie z 250 R., filtr z 2 mm aluminium.

Dr. A. Postolski.

——:o:——

P. JACQUET, ST. THIEFFRY, J. TURIT, A. BASSET i F. PLAS. *Zespół bólowy trzustkowo-słoneczny. Wpływ podania podskórnego efedryny.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. Nr. 25, r. 1938).

Efendryna podana podskórnie w ilości od 0,04 gr. na dawkę w przypadkach szoku związanego ze stanem zapalnym trzustki daje natychmiastową poprawę; bóle ustępują, objawy szoku cofają się. Nie jest to leczenie przyczynowe i samo przez się nie wystarcza do całkowitego wyleczenia, ale jako leczenie objawowe może oddać duże usługi przy leczeniu gwałtownych bólów jakie spotykamy przy stanach zapalnych trzustki.

Dr. Z. Mackiewicz.

——:o:——

L. LAEDERICH, R. WORMS i L. TEYSSIER. *Bezmocz poacetylarsenowy.* (Bull et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. r. 1939, Nr. 2).

W następstwie stosowania acetylarsanu rozwinęło się ostre zapalenie nerek z bezmoczem i zwiększeniem poziomu mocznika we krwi. Już

po 5 zastrzykach wystąpiły pierwsze objawy złej tolerancji w postaci podniesienia ciepłoty i ogólnego złego samopoczucia. Pomimo to po przerwie tygodniowej wykonano szósty zastrzyk acetylarsanu. Wkrótce po zastrzyku zjawiły się wymioty. Wieczorem temperatura podniosła się do 40,8°. Jednocześnie wystąpił bezmocz. Chory otrzymywał 2 razy dziennie roztwory hypertoniczne glukozy i 10 gr. Natr. bicarbonicum. Po kilku dniach wobec stwierdzenia spadku chloremii rozpoczęto podawanie soli kuchennej w ilości 3 gr. dziennie. W ciągu 10 dni objawy bezmoczu ustąpiły, azotemia powróciła do normy. W pewnym okresie choroby wystąpiło nagłe pogorszenie. Dołączyły się bóle w okolicy lędźwiowej, sztywność karku i gorączka. W płynie mózgowordzeniowym stwierdzono nieznaczną pleocytozę (33 ciałka w 1 mm^3). Autor uważa objawy nerkowe za odczyn allergiczny na acetylarsan.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

H. MONDON i J. LEMBREZ. *Meningitis lymphocytaria benigna w przebiegu gruźlicy płuc.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. Nr. 18).

W przebiegu gruźlicy płuc wystąpił ostry epizod oponowy z pleocytozą limfocytarną w płynie mozgowordzeniowym, który bardzo szybko ustąpił, a następnie powtórzył się ponownie po tygodniu. Prątków Kocha nie znaleziono. Posiewy wypadły ujemnie. Autorzy stawiają rokowanie pod znakiem zapytania, przypominając przypadek Charleux, dotyczący ucznia dotkniętego gruźlicą płuc, który w kilka miesięcy po przebytym epizodzie limfocytarnym, zmarł na gruźlicze zapalenie opon.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

T. ASTERIADES. *Nowy sposób wyleczenia ostrej spastycznej pooperacyjnej niedrożności jelit przy pomocy znieczulenia lędźwiowego.* (Presse Med. N. 56 r. 1938).

Operacja na jamie brzusznej połączona z uszkodzeniem licznych włókien nerwowych może pociągnąć za sobą zaburzenie w inerwacji jelita, powodując powstanie trwałego skurczu a następnie porażenia jelita. Autor przypuszcza, że przy wprowadzeniu do kanału kręgowego jakiegoś środka znieczulającego dochodzi do rozszczepienia czynnościowego między ośrodkami rdzeniowymi a ośrodkami zwojowymi zawiadującymi ruchami jelit. Jeśli przyjmiemy, że ośrodki pobudzające ruchy jelita znajdują się w zwojach współczulnych, rdzeń zaś wywiera wpływ hamujący, znaczenie tej dysocjacji staje się zrozumiałe. Jelito, pozostając wyłącznie pod wpływem nerwu błędnego i zwojów kurczy się bardzo gwałtownie, powodując ustąpienie skurczu. Autor uzyskiwał dobre wyniki w 100%

przypadków ostrej niedrożności pooperacyjnej, bezpośrednio po wprowadzeniu dokręgowo środka znieczulającego.

Dr. Z. Mackiewicz.

PRZEGLĄD KARDIOLOGICZNY.

J. R. WILLIAMS, T. R. HARRISON, M. F. MASON. *Badania nad 2 różnymi ciałami podnoszącymi ciśnienie, otrzymanymi z wyciągów tkanki nerkowej.* (American Journ. of. Med. Sciences. 195. 339. 1938).

Prace autorów nad substancją nerkową doprowadziły ich do wyodrębnienia dwóch różnych ciał, mających własności podnoszenia ciśnienia. Jedno z ciał jest proteiną i ma właściwości pseudo-globuliny. Substancja ta, wstrzyknięta do żyły psa podnosi powoli ciśnienie krwi, które się utrzymuje przez dwadzieścia minut.

Drugie ciało hypertensyjne nie znajduje się w wyciągu świeżego gruczołu, ale można je otrzymać przez trawienie wyciągu nerkowego po zmieszaniu go z pankreatiną i pozostawieniu tej mieszaniny w cieplarce przy 37^0 na przeciąg 12 — 16 godzin.

Własności chemiczne, fizjologiczne i farmakologiczne tej substancji są identyczne z własnościami tyraminy. Ta ostatnia substancja nie znajduje się jedynie w tkance nerkowej. Można ją otrzymać przez trawienie wyciągów różnych narządów i niektórych roślin. Autorzy mają zamiar w następnych swoich pracach wykazać rolę tych ciał w powstawaniu nadciśnienia.

Dr. A. Boczko.

———:o:— —

BONING i KATZ. *Cztery odprowadzenia elekrokardiogramu w ostrym zaczopowaniu tętnic wieńcowych.* (Arch. Int. Med. v. 61, 1938).

Autorzy badali 200 przypadków ostrego zaczopowania tętnic wieńcowych, w 25 przypadkach wykonano badanie pośmiertne. Zawał spostrzegano częściej u mężczyzn, niż u kobiet, w większości przypadków zawał umiejscowił się w okolicy przedniej ścianki serca. Szerzenie się sprawy chorobowej w obrębie przegrody komorowej występowało głównie w zawałach przedniej ścianki. Niski woltaż elektrokardiogramu ujawniał się zwykle w standartowych trzech odprowadzeniach; w IV odprowadzeniu nie stwierdzono niskiego woltażu. Przewagę lewokomorową spostrzegano przeważnie w zawałach tylnej ścianki serca. IV odprowadzenie stanowi bardzo wartościowy czynnik w rozpoznaniu ostrego zawału sierdzia, zwłaszcza przedniej ścianki tegoż. Zbieżność danych klinicznych z wynikami badania pośmiertnego upoważnia do następujących wniosków: klasyczne postacie zmian elektrokardiograficznych (wczesna

typowa zmiana odcinka ST), są zależne od ostrego zawału, który powstał wskutek nagle zjawiającego się zakrzepu tętnic wieńcowych. Atypowe postacie zmian elektrokardiograficznych zależą w większości przypadków od świeżego zawału, który rozwinął się powoli na tle miażdżycy wieńcowej; ponadto atypowe postacie zmian elektrokardiograficznych występują również u starców na tle ostrego zaczopowania, w ostrych mnogich zawałach oraz przy współistnieniu ostrego zaczopowania z blokadą komór. Przy braku zawału przewlekła niedomoga wieńcowa na tle miażdżycy wieńcowej wykazuje elektrokardiogram bądź podobny do takiego, jaki spostrzegamy przy zakrzepie wieńcowym, bądź też elektrokardiogram ze zmianami atypowymi (skierowanie ku górze QRS w IV odprowadzeniu). Ostra przemijająca niedomoga wieńcowa powoduje te same zmiany elektrokardiograficzne, co i ostre zaczopowanie bez wyraźnych zmian sierdzia. Zawał sierdzia może być w zupełności wyleczony, nie pozostawiając widocznych zmian anatomicznych. W przewlekłej niedomodze wieńcowej postępujące zmiany elektrokardiogramu na zdjęciach seriowych stanowią objaw niepomyślny. Autorzy stosowali IV odprowadzenie nieco odmiennie od ustalonej przez amerykańskich kardiologów metody: przednią elektrodę nakładano w IV międzyżebrzu bezpośrednio przy mostku po stronie lewej zamiast zwykłego miejsca przy koniuszku. Badanie elektrokardiogramu w czterech odprowadzeniach daje możność różnicować ostrą, przemijającą niedomogę wieńcową od trwałej niedomogi z następowym zawałem. Należy podkreślić, iż w pierwszym przypadku, a mianowicie w ostrej przemijającej niedomodze wieńcowej nie dochodzi do długotrwałej niedomogi sierdzia, zaś zmiany elektrokardiograficzne są w tym wypadku jedynie tymczasowe. Na podstawie zbadanego materiału autorzy wprowadzają następujący podział omawianych schorzeń: 1) podostra niedomoga wieńcowa (niepowikłana postać ostrego zawału — zaczopowanie na tle zakrzepu i postacie powikłane — zaczopowanie miażdżycowe, zawał kombinowany, świeże zawały mnogie); 2) postępująca lub niepostępująca przewlekła niedomoga wieńcowa (miażdżyca wieńcowa bez zawału); 3) przemijająca (ostra) niedomoga wieńcowa; 4) nagła śmiertelna niedomoga wieńcowa (zakrzep, zator, migotanie komór)

Dr. N. Szyk.

———:o:———

MASSIE, EDWARD. ETHVIDGE, CLAYTON B. and O'HAVE. JAMES P. *Leczenie nadciśnienia rodankiem sodu.* (New England. J. Med. 1938).

Czternastu pacjentom z niepowikłanym nadciśnieniem zastosowano według metody Barkera rodanek sodu.

Podczas leczenia tą metodą odstawiono wszystkie inne leki i przez

szereg miesięcy obserwowano również chorych kontrolnych o objawach bardzo zbliżonych do grupy, leczonych tym lekiem.

Podawano przez 3 miesiące 5% rodanek sodu w syropie, poczym przez 3 następne miesiące sam syrop bez leku.

Dawkę rodanku, którą należy podawać dziennie, poszukiwano przy pomocy koncentracji tego środka we krwi, a optymalna koncentracja wynosi 5 — 7 mg. na 100 u człowieka. Otóż okazało się, że dzienna dawka rodanku sodu konieczna do otrzymania i utrzymania tej ilości we krwi różni się w zależności od osobnika.

W każdym przypadku leczenie rodankiem wywołało obniżenie się ciśnienia. Spadek wynosił od 66 do 21 mm dla Maximum i od 33 do 8 mm dla Minimum.

U dwunastu pacjentów ustąpiły bóle głowy, zawroty głowy, stan zdenerwowania. Objawy uboczne występowały rzadko, trwały krótko i polegały na lekkim osłabieniu i zaburzeniu gastrycznym.

Trzynasty pacjent źle znosił ten preparat. Po podaniu go — chory dostał wymiotów i nudności.

Czternasty pacjent miał trzy ataki dławicy piersiowej.

Autorzy dochodzą do przekonania, że rodanek sodu jest bardzo pożytecznym lekiem w terapii niepowikłanego nadciśnienia, ale dawka jego powinna być dokładnie kontrolowana przez określenie jego koncentracji we krwi.

Metoda Barkera wymaga starannego wyszukania odpowiednich przypadków oraz codziennej obserwacji chorych w celu regulowania dawek. Dlatego też zastosowanie tej metody poza kliniką jest nader ryzykowne.

Dr. A. Boczko.

———:o:———

A. RAVINA. *Wpływ preparatu 693 (α-paraminofenylsulfamidopyrydyny) na przebieg złośliwego przewlekłego zapalenia wsierdzia.* (Bull. et Men. la Soc. Med. des Hôp. r. 1939, Nr. 2).

W przypadku endocarditis lenta autor zastosował preparat 693, początkowo w dawce 2,5 gr. dziennie per os, następnie w postaci zastrzyku codziennego w połączeniu z 1 — 2 pastylkami, podanymi doustnie. Stosowaniu α-paraminosulfamidopyrydyny towarzyszył spadek gorączki i poprawa ogólna. Aczkolwiek endocarditis lenta daje niejednokrotnie samorzutnie remisje, jednak autor, opierając się na piśmiennictwie angielskim, skłonny jest wiązać poprawę w swoim przypadku ze stosowaniem leku; po przerwaniu bowiem podawania wymienionego środka, temperatura znowu się podnosiła, ażeby opaść po podjęciu przez chorą na nowo przyjmowania lekarstwa.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

RAAB W. *Leczenie dławicy piersiowej napromienianiem rentgenowskim Przyczynek do patogenezy.* (Wiener Klinisch. Woch. 51, 635, 1938).

Kilka lat temu Levine zalecił swoją sensacyjną próbę rozpoznania dławicy piersiowej przy pomocy podskórnego wstrzykiwania adrenaliny.

Mimo niebezpieczeństwa praktycznego, próba ta miała wybitne znaczenie patogenetyczne. Wydaje się obecnie, że napad dławicy piersiowej jest wynikiem nagłego samoistnego wzmożonego wydzielenia adrenaliny i jej zadziałania na mięsień sercowy, dotknięty miażdżycą naczyń wieńcowych. Raab myślał więc, że sztuczne zahamowanie czynności wydzielniczej adrenaliny może mieć wpływ leczniczy na dławicę piersiową. Ten punkt widzenia został potwierdzony w 17 przypadkach, gdzie bóle ustąpiły zupełnie, nawet w przypadkach najbardziej ciężkich. Metoda Raaba polega na naświetlaniu okolicy nadnerczy. Chorzy otrzymali od 1 do 3 serii naświetlań (na każde nadnercze, poprzez 0,5 mm Cu i 1 mm Al. z 180 kilovoltami i 4 miliamperami). Ta metoda leczenia wydaje się autorowi metodą z wyboru w leczeniu dławicy piersiowej.

Dr. A. Boczko.

PRZEGLĄD HEMATOLOGICZNY

pod redakcją d-ra M. Landesmana, st. asyst. U. J. P.

P. EMILE WEIL et SUZANNE PERLES. *Nakłucie mostka.* (La Ponction Sternale, Masson et Cie Editeurs, Paris 1938).

Badanie szpiku kostnego, wprowadzone ostatnio szeroko do kliniki wewnętrznej, stanowi niezwykle wartościową metodę diagnostyczną w wielkim szeregu chorób wewnętrznych, a zwłaszcza w chorobach krwi. Jakkolwiek pierwsze prace badaczy szpiku kostnego datują się z przed przeszło trzydziestu lat, jednakowoż rozkwit tej gałęzi diagnostyki wewnętrznej nastąpił dopiero w ciągu ostatniego dziesięciolecia. Stało się tak dzięki wprowadzeniu w r. 1929 przez Arinkina bardzo prostej techniki pobierania szpiku, nie przez trepanację, lecz poprostu przez nakłucie mostka.

Technika tego zabiegu jest bardzo prosta. Instrumentarium składa się z krótkiej sztywnej igły z mandrynem, krótko ściętej, opatrzonej nasadką, oraz szczelnej strzykawki z metalowym tłokiem. Nakłucie mostka wykonywa się w sposób następujący: po odkażeniu skóry znieczula się 1 — 2 ccm 1% nowokainy skórę, tkankę podskórną i okostnę, czeka do wystąpienia znieczulenia i wbija igłę w kość silnym, ale nie brutalnym pchnięciem. Uczucia przezwyciężenia oporu, lub występujący czasem lekki chrzęst świadczy o przebiciu okostnej i blaszki zewnętrznej kości i do-

tarciu do jamy szpikowej. Wyciąga się wówczas mandryn, nakłada strzykawkę i aspiruje mieszaninę krwi z cząstkami szpiku w ilości około 1 ccm, po czym jednym ruchem wyciąga się igłę. Zajodynowanie ranki po nakłuciu kończy zabieg.

Nakłuwa się zazwyczaj trzon mostka w linii środkowej w miejscu dowolnym między drugim a czwartym żebrem. Z uzyskanej treści robi się rozmazy podobnie jak przy badaniu krwi obwodowej. Trzeba pamiętać, żeby szkiełka do rozmazów były dobrze odtłuszczone, a do rozprowadzenia używać szkiełek o brzegu szlifowanym lub nakrywkowych. Rozmazy szpiku są na ogół gęstsze i bardziej niejednolite niż krwi obwodowej. Barwi się podobnie jak krew met. May-Grünwald-Giemsa, a w przypadkach niedokrwistości, dla określenia ilości retikulocytów, przyżyciowo błękitem krezylowym.

* * *

Skład komórkowy szpiku.

Szpik kostny zawiera znacznie większą rozmaitość form komórkowych niż krew obwodowa; znajdujemy tu pierwotne komórki embrionalne, komórki szeregu granulocytowego, erytroblastycznego, limfatycznego i czasem też pewne formy patologiczne. Na ogół biorąc zmiany myelogramu dotyczą raczej zmian stosunku ilościowego poszczególnych elementów składowych niż pojawienia się form patologicznych. W związku z tym prawidłowa ocena myelogramu okazuje się często trudna, zwłaszcza jeżeli chodzi o odróżnienie od normy przypadków przebiegających z odczynem szpikowym. Dla dokładniejszego zorientowania się w obrazie chorobowym wskazane jest dlatego wykonanie obok nakłucia szpiku, także nakłucia innych organów krwionośnych (śledziony, wątroby i gruczołów chłonnych) oraz zbadanie krwi obwodowej.

Ze względu na dużą niejednolitość rozmazów szpiku dla uzyskania możliwie dokładnego obrazu należy obliczać conajmniej 500 elementów i to w różnych preparatach.

Myelogram prawidłowy wygląda następująco:

Wielojądrzastych obojętno-chłonnych	24 — 30%
Wielojądrzastych kwasochłonnych	0,5%
Wielojądrzastych zasado-chłonnych	bardzo mało
Metamyelocytów	10 — 15%
Myelocytów obojętno-chłonnych	30 — 35%
Myelocytów o różnych ziarnistościach	3 — 6%
Myelocytów kwaso-chłonnych	0,5 — 1,5%
Promyelocytów	1 — 2%
Limfocytów	6 — 9%
Dużych limfocytów	8 — 12%
Monocytów	2 — 3%
Plazmocytów	0,5 — 1%

Hemohistioblastów	0,2 — 0,5%
Hemocytoblastów	0,5 — 1,5%
Proerytroblastów	1%
Normoblastów	15 — 20%
Promegaloblastów i megaloblastów	2,5 — 3%

Megakariocyty stale obecne, płytki krwi obfite i krwinki czerwone niezniekształcone.

Dla dopełnienia badania autorzy zalecają określać stosunek ilościowy granulocytów do erytroblastów, który wynosi prawidłowo około 4 (± 1), stosunek granulocytów do agranulocytów, który wynosi normalnie 3,7, a zmniejsza się wybitnie w białaczce limfatycznej, zimnicy i Kala-Azar. Stosunek myelocytów do wielojądrzastych zmienia się przy procesach hyperplastycznych szpiku. Określenie stosunku normoblastów do megaloblastów ma duże znaczenie w rozpoznawaniu i rokowaniu niedokrwistości.

Mając oznaczony myelogram, obliczony stosunek poszczególnych elementów, znając stan krwi obwodowej i ewentualnie także spleno-, hepato- i adenogramy można się dobrze zorientować w stanie czynności układu krwiotwórczego.

Omówienie zmian myelogramu rozpoczniemy od omówienia białaczek.

I. Białaczki typowe.

W białaczkach typowych objawy kliniczne są na ogół biorąc dostatecznym środkiem rozpoznawczym, a zwykłe badanie krwi zupełnie wystarcza dla pewnego stwierdzenia natury chorobowej. O ile w tych wypadkach nakłucie mostka jest czynnikiem zupełnie zbytecznym dla celów rozpoznawczych, o tyle ma swoją dużą wartość, jeżeli chodzi o ocenę natężenia procesu chorobowego w centralnym organie krwiotwórczym, kontrolę skuteczności leczenia, rokowanie i wczesne rozpoznanie ewentualnych nawrotów. Szczególnie ma to duże znaczenie w okresach remisji, kiedy krew nie wykazuje odstępstw od normy, bowiem zmiany w szpiku występują z reguły wcześniej niż we krwi. Te korzyści najzupełniej uzasadniają potrzebę dokonywania nakłuć mostka nawet w przypadkach najbardziej typowych..

A. Białaczka limfatyczna.

Bujanie tkanki limfoidalnej w szpiku jest bardzo łatwe do stwierdzenia przy pomocy nakłucia mostka. W przeciwieństwie do zwykłego myelogramu, w którym stwierdzamy wybitną przewagę granulocytów, znajdujemy tu kolosalną ilość limfocytów, tak że obraz szpiku przypomina bogato-komórkową tkankę limfoidalną. Spotykamy tutaj limfocyty dojrzałe o ciemnym jądrze i jasnej zarodzi, jak również formy młode z dużym jasnym jądrem, zawierającym jąderka, i obfitą zasado-chłonną zarodzią. Pomiędzy tymi dobrze zróżnicowanymi postaciami znajdujemy

również rozsiane w mniejszej lub większej ilości komórki embrionalne szeregu limfoblastycznego o jądrze jasnym, z siateczkową strukturą chromatyny i słabo zabarwionej zarodzi. Obfitość ich pozwala wnosić o stopniu aktywności procesu chorobowego i wysnuwać wnioski rokownicze. Przy dużej ilości tych komórek możemy się spodziewać ciężkiego przebiegu choroby i eewntualnie nawet zejścia śmiertelnego. Reasumując widzimy, że rozpoznanie białaczki limfatycznej przy pomocy nakłucia szpiku jest zupełnie proste i pewne.

B. Białaczka monocytowa.

Białaczki monocytowe w swoich objawach klinicznych nie różnią się zupełnie od innych białaczek, chyba tylko powolnością swojego rozwoju. Odróżnienie ich od innych postaci jest możliwe tylko przy pomocy badania krwi i szpiku kostnego. Badanie krwi wykazuje zmiennej wielkości leukocytozę (do 36.000), czasem umiarkowaną, a czasem nawet leukopenię. Jednakowoż w hemogramie monocyty stanowią ponad 50%. Występują one najczęściej w swojej normalnej postaci, mały tylko odsetek wykazuje cechy nietypowe — występują elementy młode z jądrami, typu monoblastów. Tegoż rodzaju zmiany a mianowicie: znaczną monocytozę z występowaniem postaci młodych i nietypowych stwierdzamy w myelogramie. Według autora i Marchal'a zawartość monocytów jest stosunkowo większa we krwi obwodowej niż w szpiku.

C. Białaczka szpikowa.

Obraz szpiku w białaczce szpikowej nie odstępuje tak widocznie od prawidłowego myelogramu jak w postaciach poprzednio opisanych. Zasadniczą cechę różnicową stanowi tu nie jakość elementów spotykanych, lecz duża ich ilość. Normalnie w polu widzenia preparatu prawidłowego szpiku znajdujemy od 12 do 20 komórek, natomiast w białaczce szpikowej ilość ich sięga ponad 60. Hyperplazja dotyczy tutaj prawie wyłącznie szeregu granulocytowego, a szczególnie myelocytów, których ilość dochodzić może do 80 — 90%. Najliczniejsze są myelocyty obojętno-chłonne; ilość myelocytów zasado- i kwaso-chłonnych jest również wzmożona jakkolwiek w mniejszym stopniu. Spotyka się też młodsze formy myelocytów, postaci zwyrodniałe, wypełnione mieszaniną ziarnistością kwaso- i zasado-chłonną. Promyelocyty spotyka się w okresie przewlekłym, lecz ilość ich w czasie nawrotów wybitnie się wzmaga. Formy bardzo młode są zawsze o wiele liczniejsze w szpiku niż we krwi. Znając stosunek procentowy poszczególnych postaci granulocytów szpiku, można sobie łatwo wyrobić zdanie o stopniu ich ewolucji, a zatem i o ciężkości rokowania. Samo badanie krwi obwodowej nie pozwala na tak głęboki wgląd w natężenie sprawy chorobowej, bowiem w niektórych przypadkach mogą dostawać się do krwi tylko pewne kategorie komórek (białaczki, w których znajdujemy wyłącznie elementy dojrzałe we krwi). W białaczce szpikowej proces hyperplazji dotyczyć może nietylko szeregu granulocytowego,

ale i erytroblastycznego oraz megakariocytowego, co oczywiście wzmaga jeszcze bardziej polymorfizm myelogramu.

D. Białaczka ostra.

Białaczka ostra ma swoje odrębne cechy kliniczne i hematologiczne. Cierpienie to przebiega pod obrazem ostrej choroby septycznej ze skazą krwotoczną, zmianami nekrotycznymi w jamie ustnej, gardzieli, zmianami w śledzionie i gruczołach chłonnych oraz z typowym obrazem krwi, charakteryzującym się obecnością wielkiej ilości niedojrzałych komórek, najczęściej bez współistnienia form przejściowych (hiatus leucemicus), co nie pozwala na pewne określenie pochodzenia tych elementów. Szpik w tych przypadkach ma obraz bardzo charakterystyczny. Stwierdza się bardzo silny rozplem niezróżnicowanych elementów — leukoblastów. Wygląd tych komórek bywa różny — mogą być różnej wielkości, o jądrze przypominającym elementy szpikowe, limfoidalne bądź monoblasty. W każdym przypadku ostrej białaczki dominuje z reguły jeden tylko rodzaj komórek, różny w poszczególnych przypadkach nawet o identycznym przebiegu.

E Białaczki rzekome.

Nakłucie mostka jest niesłychanie pomocne dla rozpoznania nietypowych przypadków białaczek przebiegających bądź z dyskretnymi objawami klinicznymi, bądź bez charakterystycznego obrazu krwi. Myelogram w przypadkach białaczek aleukemicznych daje z reguły obraz charakterystyczny dla typowych białaczek danego rodzaju. A więc w przypadku aleukemicznej białaczki szpikowej znajdziemy typową pstrokaciznę obrazu szpikowego ze znakomitą przewagą myelocytów obojętno-chłonnych, w białaczce limfatycznej charakterystyczne nagromadzenie elementów limfoidalnych, wreszcie w białaczce ostrej rozplem leukoblastów. Wiele przypadków niedokrwistości, przebiegających za zmianami w gruczołach chłonnych ewentualnie spelnomegalią dało się dzięki nakłuciu szpiku zakwalifikować do rzędu białaczek. Nakłucie szpiku w tych wypadkach ma nietylko wartość jako metoda diagnostyczna, ale pozwala na racjonalne zastosowanie właściwego leczenia (naświetlanie promieniami X).

F. Białaczki zlokalizowane.

Oddzielną grupę białaczek stanowią białaczki zlokalizowane. Cechują się one tym, że rozplem komórek patologicznych ma miejsce w jednym tylko z organów układu krwiotwórczego. Niekiedy taki stan rzeczy jest tylko obrazem mało zaawansowanej choroby, jednak z pewnością istnieją przypadki, w których rozplem patologiczny w ciągu całego okresu trwania choroby pozostaje ograniczony. Tę postać białaczki udaje się rozpoznać tylko przez zastosowanie skojarzonych nakłuć poszczególnych ośrodków układu krwiotwórczego. Autorzy wyróżnili dotychczas następujące typy białaczek zlokalizowanych:

a. Białaczka limfatyczna dotycząca tylko szpiku. W tych przypadkach śledziona i wątroba nie były powiększone. Splenogram i hepatogram były prawidłowe, jak również i obraz biały krwi obwodowej. Badanie szpiku wykazywało natomiast typowe bujanie limfoidalne. Chorobie towarzyszyła silna niedokrwistość.

b. Postać śledzionowa białaczki limfatycznej. W tych przypadkach przebieg choroby był powolny. Hematogram i myelogram nie odbiegały od normy, natomiast splenogram wykazywał wybitne bujanie limfoidalne.

c. Białaczka szpikowa bez udziału śledziony z typowym obrazem krwi obwodowej. W tej postaci nie stwierdzono hepato i splenomegalii. Gruczoły chłonne były również niepowiększone, jednak obraz krwi obwodowej i szpiku był typowy dla białaczki szpikowej.

d. Czysta szpikowa białaczka umiejscowiona w szpiku. Te przypadki cechowały się brakiem zmian w wątrobie, śledzionie, gruczołach chłonnych, a we krwi stwierdzano tylko obraz silnej niedokrwistości. Nakłucie szpiku wykazało typowe bujanie białych elementów szpikowych i erytroblastów.

(dalszy ciąg nastąpi).

DZIAŁ SPOŁECZNO-LEKARSKI.

BIULETYN PRASOWY ZWIĄZKU UZDROWISK POLSKICH

Ochrona lasów w uzdrowiskach.

W lutym b. r. został wniesiony do Sejmu projekt ustawy o zmianie Rozporządzenia Prezydenta R. P. o ochronie lasów nie stanowiących własności państwa.

Projekt ten przewiduje m. in. możliwość uznania przez władze za podlegające ochronie lasów i zarośli, a również gruntów leśnych pozostałych po wyrębie drzew, które leżą w granicach okręgu ochrony sanitarnej uzdrowisk posiadających charakter użyteczności publicznej.

Postanowienie to jest niezmiernie słuszne, gdyż uzdrowiska istotnie powinny być zawsze traktowane jako dobro publiczne. Wszelkie bowiem ułatwienia i wszelka opieka jaką rząd przyznaje uzdrowiskom, wyświadczane są pośrednio tym szerokim rzeszom obywateli, które korzystają z ich dobroczynnych właściwości leczniczych.

Niestety jednak — duch projektu ustawy wykazujący tyle zrozumienia dla interesów polskiego przemysłu uzdrowiskowego został spaczony przez poprawkę wprowadzoną na Sejmowej Komisji Rolnej. Poprawka ta przewiduje, że na wypadek ograniczenia wskutek ochrony lasów uprawnień służebnościowych uprawnionym przysługuje odszkodowanie, którego ciężar ponosi właściciel uzdrowiska.

Przepis ten jest wysoce niesprawiedliwy i krzywdzący dla uzdrowisk. Ochrona bowiem lasów w granicach okręgu ochrony sanitarnej nie jest wprowadzona dla popierania interesów właściciela, tylko z uwagi na interes publiczny — interes służby zdrowia. Właściciel zaś, będący pionierem kultury uzdrowiskowej, zwykle największe ponosi wydatki na rzecz rozwoju miejscowości, a z drugiej strony nie wszystkie grunty są jego własnością. Zdarzyć się więc może łatwo, że właściciel uzdrowiska będzie płacił odszkodowanie za lasy należące do kogo innego.

Jeżeli nawet stanąć na stanowisku konieczności wprowadzenia zasady odszkodowania, to powinien je ponieść nie właściciel miejscowości, a Komisja Uzdrowiskowa jako czynnik reprezentujący służbę zdrowia.

Szczegółem ważnym a może decydującym jest tu fakt, że Komisja rozporządza funduszem kuracyjnym mającym swe źródło przede wszystkim w kieszeni gości uzdrowiskowych, w interesie których ochrona lasów zostanie wprowadzona.

Takie więc załatwienie sprawy byłoby całkowicie uzasadnione.

Z powyższych motywów, mając na względzie stworzenie jak najkorzystniejszych warunków rozwoju naszym miejscowościom leczniczym, Związek Uzdrowisk Polskich wystąpił ostatnio do Pana Ministra Rolnictwa i Reform Rolnych z wnioskiem o odpowiednie zmodyfikowanie omawianego projektu nowelizacji rozporządzenia o ochronie lasów.

Propaganda uzdrowisk musi być zorganizowana i rzeczowa.

Wszystkie państwa zagraniczne, posiadające na swoim terenie miejscowości uzdrowiskowe i turystyczne, doceniają ich wartość i prowadzą nieustanną działalność dla wzmożenia ich popularności. Najwymowniejszym tego dowodem są olbrzymie sumy wydatkowane na propagandę turystyki i zdrojownictwa. Trudno określić sumy globalne wydawane przez poszczególne państwa, ale niektóre dane statystyczne mogą nam dać przykład nasilenia tej propagandy.

Przyjrzyjmy się np. ile przeznaczają państwa europejskie na samą tylko propagandę prasową w Stanach Zjednoczonych. Otóż — Francja wydaje na ten cel 180 tys. dolarów rocznie. Z.S.R.R. — 200 tys $. Niemcy — 165 tys. $, Włochy — 105 tys. $, Szwajcaria — 100 tys. $, Węgry — 80 tys. $, i t. p. zaś Japonia — 150 tys. $.

Sumy te — jeżeli się zważy, że nie obejmują całokształtu propagandy nawet w Stanach Zjednoczonych, — wydadzą nam się tymbardziej ogromne, gdy porównamy je z wydawanymi przez Polskę. Według przybliżonych obliczeń z r. 1937 wszystkie uzdrowiska polskie, tak państwowe jak samorządowe i prywatne oraz Związek Uzdrowisk wydały na propagandę ok. 220.000 zł. z czego jednak najwyżej połowa przypada na reklamę prasową. Do tego dochodzą sumy z ogłoszeń sanatoriów, hoteli, pensjonatów i t. p. mieszczących się w uzdrowiskach, co może dać maximum 100 tys. zł. Suma globalna więc wydawana przez cały polski przemysł uzdrowi-

skowy na propagandę wynosi 320.000 zł. t. zn. ok. 60 tys. dolarów, czyli trzecią część tego co wydaje Francja na samą prasę amerykańską.

Z tego tytułu nie można oczywiście czynić zarzutów naszym uzdrowiskom. Polska jest państwem biednym, stan zamożności kraju jest niski, a więc i uzdrowiskom powodzi się znacznie gorzej niż np. francuskim. Ale właśnie wychodząc z tego założenia, że mamy mniejsze fundusze, musimy zdobyć się na jaknajbardziej racjonalne ich użytkowanie.

Polska propaganda uzdrowisk powinna być jaknajściślej zorganizowana, aby każdy wydatkowany grosz był z maximum pożytku obracany i wracał się uzdrowiskom z procentem w postaci zwerbowanych kuracjuszy.

KOMUNIKAT PRASOWY INSTYTUTU SPRAW SPOŁECZNYCH.

Nieszczelność instalacji gazowych — to przyczyna cherlactwa tysięcy osób.

Tlenek węgla, zawarty w gazie świetlnym, działa szkodliwie na organizm ludzki — niszcząc hemoglobinę krwi, — choćby w powietrzu wdychanym było go mniej niż 0,25 mg na litr objętości.

Pierwsze objawy zatrucia tlenkiem węgla mogą być przypisane działaniu innych przyczyn, bo są to bóle głowy w okolicy czoła i skroni, jak gdyby je kto ściskał kleszczami, drżenie, osłabienie, przyśpieszenie pulsu, wymioty. Nie każdy jednak reaguje tak samo — znane są wypadki zupełnego braku objawów zatrucia i po tym nagłe utracenie przytomności. A zatym z dwóch osób, przebywających w lokalu zagazowanym jedna może do czasu nic nie odczuwać i ta będzie traktowała objawy zatrucia drugiej jako chwilowe niedomaganie. Niebezpieczeństwo jest więc poważne. Ustrzec się przed nim można sprawdzając często szczelność gazociągu, lecz nie płomieniem zapałki, świecy lub zapalniczki, bo słabo przesączający się gaz nigdy nie zapali się przy zimnej powierzchni metalu. Niestety, taki sposób rzekomego sprawdzania jest u nas powszechnie przyjęty i stosują go nawet pracownicy gazowni. Ludzie dziwią się, że wszystko pono jest w porządku, chociaż gaz czuć wyraźnie, i zwolna lecz stale tracą — dosłownie krew. A sposób zbadania szczelności rur jest prosty: pokrywa się kraniki i złącza mydlinami, wówczas miejsca ulatniania się wskażą wykwitające prędzej lub wolniej bańki mydlane.

W ten sposób należy sprawdzać rury gazowe, nie czekając aż gaz w miejscach niebezpiecznych zapali się płomieniem, bo zanim uszkodzenia stały by się tak wielkie ludzie zatruli by się na śmierć i wzywanie kontroli byłoby zbyteczne.

Każdy, kto zechce bliżej poznać zarówno wszystkie kolejne objawy zatruć, stopień związania hemoglobiny krwi i inne zmiany patologiczne, jak i miejsca i rodzaje pracy, przy których zagraża zatrucie tlenkiem węgla, znajdzie całą kopalnię wiadomości na ten temat w książce „Ciała trujące i szkodliwe dla zdrowia" (cena zł. 7,50), wydanej ostatnio przez Instytut Spraw Społecznych.

TREŚĆ

str.

REDAKTOR: w/z Dr. N. Poznański

WYDAWCA: Mgr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
Złota 26 m. 5, tel. 2.11-55.
Konto P. K. O. 19.175.

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.


CHEMOTERAPIA
ZAKAŻEŃ
ZIARENKOWCAMI
AKTYWNA
NIETOKSYCZNA
BEZBARWNA
6%
SEPTAZIN
0,5
SEPTAZIN
SPIESS